



**Universidad**  
Zaragoza

## Trabajo Fin de Máster

Burnout en cuidadores sanitarios:  
Revisión bibliográfica  
Burnout in healthcare: bibliographic review

Autora

Zulay Morales Llamas

Directoras

M<sup>a</sup> del Mar Del Rincón Ruiz  
Sandra Romero Martín

Facultad de Ciencias de la Salud / Curso académico 2019-2020

## **RESUMEN**

Actualmente, la demanda de personal sanitario para cuidados en entornos geriátricos está en aumento y, además, el futuro que se prevé se mantiene en la misma tendencia, más probablemente como consecuencia del incremento de la esperanza de vida a nivel mundial que está aconteciendo en los últimos años. Sin embargo, la cantidad de personas mayores que requiere cuidados no es proporcional ni al número de plazas en geriátricos ni al de personal sanitario existente para otorgarlos. En los últimos años, el burnout se configura como una grave problemática entre cuidadores profesionales de geriatría, si bien, las investigaciones son escasas y aún no se conocen los factores más contribuyentes, por ello, el objetivo propuesto es conocer cuál es la frecuencia de síndrome de burnout en cuidadores profesionales sanitarios en centros geriátricos y los factores que se relacionan con la patología. Para alcanzarlo, se ha diseñado una revisión bibliográfica siguiendo una metodología sistematizada basada en una búsqueda bibliográfica en bases de datos electrónicas (pubmed, WOS, Medline y Google Académico) que ha permitido la selección de los 25 estudios publicados en los últimos 10 años que integran la revisión. Los resultados indican que la frecuencia de burnout en cuidadores profesionales en geriátricos alcanza niveles medios-altos (con cifras de entre 40-50%), contribuyendo a la aparición de la enfermedad tanto las características personales (sobre todo, la satisfacción y autoestima) como las referentes al entorno laboral (excesiva demanda laboral, instalaciones, relaciones entre compañeros, falta de protocolos, escasez de recursos, etc.). Además, el menor estatus laboral, formación específica y experiencia también contribuyen al desarrollo de burnout. Por otro lado, el burnout en profesionales conlleva cuidados ineficientes a los pacientes, lo que repercute en una disminución del bienestar general de los mismos. Como conclusión final, aportar que el nivel de burnout en cuidados profesionales de personas ancianas es preocupante en la actualidad y que son numerosos los factores de diversa naturaleza que contribuyen a su aparición, debiéndose enfocar la mejora de la situación desde un enfoque multifactorial.

**Palabras clave:** geriatría; burnout; cuidadores profesionales; estrés

## **ABSTRACT**

Currently, the demand for personal healthcare for care in geriatric settings is increasing and, furthermore, it is expected that the future will continue in the same trend, but probably as a consequence of the increase in life expectancy worldwide that is taking place in them. Last years, however, the number of older people requiring care is not proportional to the number of geriatric hospitals and the number of existing personal health care providers. In recent years, burnout is a serious problem among professional geriatric caregivers, as well as research is deficient and there are no other contributing factors, so the proposed objective is to know the frequency of Burnout syndrome in health professionals of the geriatric centers and factors related to the pathology. To achieve this, a bibliographic review has been carried out following a systematic methodology based on a bibliographic search in electronic databases (pubmed, WOS, Medline and Google Scholar) that has allowed the selection of the 25 studies published in the last 10 years that make up the revision. The results indicate that the frequency of burnout in professional geriatric caregivers reaches medium-high levels (with figures between 40-50%), contributing to the appearance of the disease both in personal characteristics (especially satisfaction and self-esteem) and in relation to the work environment (excessive labor demand, facilities, relationships between colleagues, lack of protocols, lack of resources, etc.). In addition, the lower employment status, specific training and experience also contributed to the development of burnout. On the other hand, burnout leads to ineffective care for patients, which has repercussions on the general well-being of patients. As a final conclusion, it is important to mention that the level of burnout in the professional care of the elderly is currently worrisome and that there are many factors of different nature that contribute to its appearance, so it focuses on improving the situation from a multifactorial approach.

**Key words:** geriatrics; burnout; professional caregivers; stress

# ÍNDICE DE CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN.....	1
2. MARCO TEÓRICO .....	3
2.1. El estrés laboral y el síndrome de burnout.....	3
2.1.1. El estrés.....	3
2.1.2. El estrés laboral .....	4
2.1.3. El síndrome de burnout .....	7
2.2. El síndrome de burnout en los profesionales sanitarios del sector geriátrico.....	12
3. OBJETIVOS .....	17
4. METODOLOGÍA.....	17
4.1. Diseño .....	17
4.2. Estrategia de búsqueda.....	17
4.3. Criterios de selección .....	19
4.4. Diagrama de flujo .....	21
5. RESULTADOS .....	22
6. DISCUSIÓN.....	33
7. CONCLUSIONES.....	40
8. BIBLIOGRAFÍA .....	42
10. ANEXOS .....	51
ANEXO 1. Relevancia científica de los 25 artículos que integran la revisión .....	51

# ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda utilizadas para realizar las búsquedas de trabajos en las diferentes bases de datos y los resultados obtenidos.....	18
Tabla 2. Características y principales resultados de los 25 estudios que integran la presente revisión. ....	23

# ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de Salud Mental. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de Halpin, Harris y Halpin (2014). ....	4
Figura 2. Dimensiones del síndrome de burnout. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de Albadalejo et al. (2004).....	13
Figura 3. Diagrama de flujo de estudios. Fuente: elaboración propia. ....	21

## **1. INTRODUCCIÓN**

En la actualidad, como consecuencia del incremento de la esperanza de vida que está teniendo lugar en los últimos años a nivel mundial, especialmente en países desarrollados, el colectivo de personas de edad avanzada representa año tras año un porcentaje más elevado de la población y, además, las expectativas de futuro se mantienen en la misma tendencia. Esta realidad repercute en que cada vez son más las personas que, como consecuencia de la cronicidad, se encuentran en estado de incapacidad o dependencia y, derivado de ello, el número de usuarios que necesitan servicios geriátricos está en alza. Sin embargo, actualmente la demanda de plazas en centros geriátricos es mayor que la cantidad de puestos disponibles, configurándose este hecho como una problemática sanitaria que afecta a países como España.

En este contexto, además, cabe indicar que el desempeño que deben realizar los cuidadores profesionales en el ámbito geriátrico es complicado, ya que los usuarios deben ser atendidos de forma multidisciplinar para que su calidad de vida sea la máxima posible durante su última etapa vital, debiendo abordarse no sólo su cuidado físico, sino también su estado psicológico y social. Si bien, la realidad actual es que, debido a la crisis sanitaria (derivada de la económica) en la que se encuentra España, los profesionales que trabajan en geriatría no sólo se encuentran con las dificultades propias de atender a personas de edad avanzada (muchas de ellas con grados elevados de dependencia y / o discapacidades físicas y / o psicológicas), sino también con problemáticas derivadas de la falta de personal, siendo la consecuencia más directa el excesivo trabajo que recae sobre su figura y, finalmente, la aparición del estrés que, en situación de cronicidad, da lugar al síndrome de burnout.

Por ello, debido a la repercusión que tiene el Burnout tanto en los propios cuidadores profesionales sanitarios como en los usuarios de geriátricos, y a la cada vez creciente demanda de esta tipología de profesionales que se encuentra actualmente inmersos en un sistema sanitario en crisis, posicionándolos como figura susceptible de estrés crónico que desencadene

en Burnout, se ha considerado necesario plantear el presente trabajo. La relevancia del mismo se prevé importante en el ámbito de la gerontología social, ya que se busca aportar información interesante acerca de cuál es la situación actual en cuanto a nivel de estrés y factores causantes y consecuencias en la que se encuentra dicho colectivo de profesionales sanitarios que trabajan en geriatría.

A pesar de la notable cantidad de estudios que en los últimos años se están enfocando en la temática del estrés en entornos laborales, a día de hoy existen escasas investigaciones publicadas donde se aborde cuál es la incidencia del síndrome de burnout específicamente en los cuidadores profesionales de geriátricos, así como trabajos donde se analice cuáles son las posibles causas y / o consecuencias derivadas del desarrollo de dicha enfermedad.

Por ello, se considera interesante plantear el presente trabajo con el objetivo principal de conocer cuál es la frecuencia de síndrome de burnout en cuidadores profesionales sanitarios en centros geriátricos y los factores que se relacionan con la patología. Para ello, se ha estructurado en una primera parte de revisión teórica (marco teórico) sobre la temática abordada, para después especificar cuál el objetivo general que se pretende alcanzar y cuál es la metodología que se va a utilizar para ello. En este caso, se ha decidido llevar a cabo una revisión bibliográfica que permita recopilar información actualizada y científicamente relevante sobre la temática del trabajo, que se expone posteriormente en los resultados (esquematisados en tablas), junto con la discusión de los mismos en el siguiente epígrafe. También, se exponen las conclusiones que se han obtenido tras la realización de la revisión, con enfoque principal hacia el alcance de los objetivos propuestos.

Finalmente, indicar que debido a la situación de pandemia en la que nos encontramos inmersos, se ha debido realizar una modificación del presente trabajo, se debía realizar una revisión bibliográfica debido a la imposibilidad de recoger muestras que permitieran la elaboración de un trabajo de campo, como estaba previsto en un principio.

## **2. MARCO TEÓRICO**

### **2.1.El estrés laboral y el síndrome de burnout**

El término “burnout” fue utilizado en el año 1974 por primera vez en el libro de nombre “*Burnout, The High Cost of High Achievement*”, publicado por Herbert Freudenberger y, desde aquel momento, se le han atribuido diferentes definiciones al ya categorizado como síndrome de burnout (también denominado síndrome del quemado o síndrome de quemarse en el trabajo), si bien, todas ellas son coincidentes en que se configura como una de las consecuencias de situaciones de estrés mantenidas (1).

#### **2.1.1. El estrés**

El término “estrés”, según aparece recogido en la Real Academia Española de la Lengua (RAE), es la “tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves” (2). Desde una perspectiva más focalizada en la salud, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera al estrés “el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción” (3); esto es, el estrés se trata de una reacción fisiológica y normal del organismo con objeto de adaptarse ante situaciones que, de manera ocasional, son consideradas una amenaza para el mismo, repercutiendo en la capacidad de la persona para reaccionar de manera idónea. Desde este enfoque, el estrés es una mera respuesta adaptativa que contribuye en la defensa del organismo siempre; sin embargo, su aparición se considera beneficiosa cuando sólo sea de manera esporádica y, además, con intensidad leve, ya que cuando acontece de manera intensa y / o se prolonga durante un tiempo considerable, el estrés se configura como una fuente de amenaza para la salud de las personas (3).

En este contexto, según el tipo, momento y gravedad del estímulo que está incidiendo sobre la vida de un individuo generándole estrés, las reacciones del organismo son diversas, desde las de menor gravedad como son alteraciones del equilibrio homeostático del organismo, que se trata el equilibrio interno dinámico que debe permanecer estable para que los

sistemas y, en general, el organismo de un ser vivo funcione de forma idónea hasta inclusive efectos con potencialidad mortal. Además, son numerosos los individuos que, tras un diagnóstico de una enfermedad, sufren complicaciones que se derivan del estrés (4).

### 2.1.2. El estrés laboral

- Tal y como expuesto previamente, el síndrome de burnout acontece tras situaciones de estrés mantenidas y focalizadas en un contexto laboral y, por ello, se denomina estrés laboral. Según la OMS, el estrés laboral “es el resultado del desequilibrio entre las exigencias y presiones a las que se encuentra el individuo por un lado y las presiones por el otro” (5). Si bien, cabe indicar que el proceso de estrés laboral está influenciado por una serie de factores, tanto relacionados con el ambiente laboral como con características de cada persona, todos ellos interrelacionados (6), tal y como se puede observar en la Figura 1:

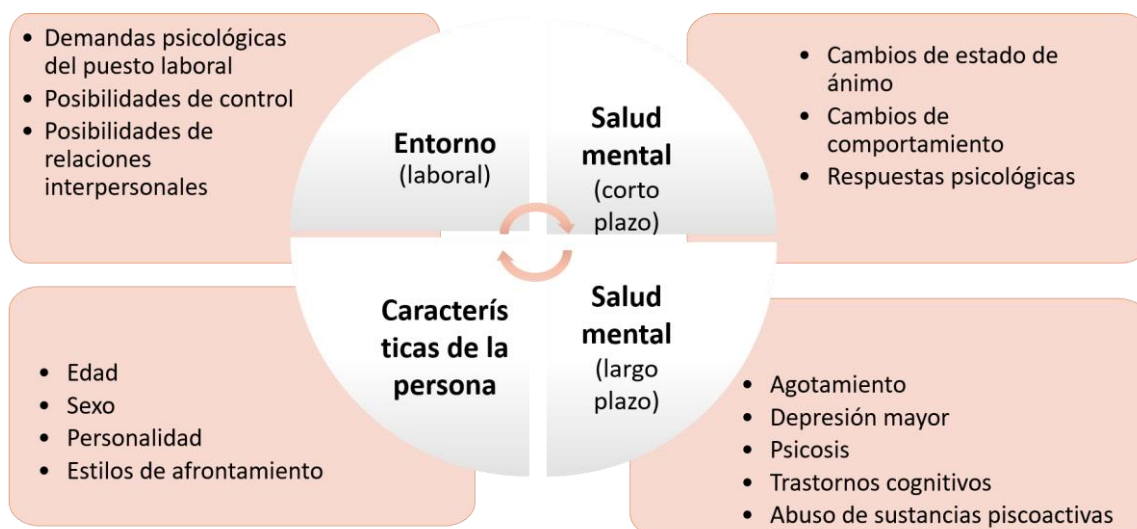


Figura 1. Modelo de Salud Mental. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de Halpin, Harris y Halpin (2014).

Así, son numerosos los factores tanto del entorno laboral como de la propia persona que repercuten en su salud mental, tanto a corto como a largo plazo; en el puesto de trabajo existen de manera rutinaria una serie de



demandas de tipo psicológico inherentes al mismo, si bien, las posibilidades de control y el apoyo social que se tiene en el entorno laboral son factores fundamentales para que la persona reaccione de manera positiva (resolución activa ante los problemas) o negativa (manifestaciones emocionales como la apatía ante el trabajo, depresión, cansancio mental, etc., cuya gravedad varía ampliamente (7). En este contexto, también las características personales son determinantes para que una persona encauce sus reacciones de manera positiva o negativa ante situaciones estresantes, jugando un papel fundamental como mediadoras en el comienzo de las reacciones de estrés. Son una serie de factores, todos ellos estrechamente relacionados entre sí, los que repercuten en que, circunstancias de estrés similares sean percibidas e interiorizadas de forma diferente en cada individuo.

El estrés puede ser tanto beneficioso como perjudicial dependiendo de una gran variedad de factores de diferente naturaleza, considerándose exponer una clasificación que lo caracteriza en función de ello (8):

- *Eutres*: se denomina como tal al estrés que se encuentra integrado en los parámetros normales, es decir, el que impulsa a los individuos a que utilicen sus recursos y sean capaces de afrontar de manera resolutiva y positiva las situaciones que le están produciendo estrés; es considerado el nivel de estrés que hace posible que una persona esté en alerta, es decir, que se configura como necesario y beneficioso.
- *Distres*: se categoriza de esta forma al estrés que acontece en situaciones donde los estímulos estresantes son de elevada intensidad, sobrepasando los recursos que cada individuo posee para afrontarlos; en estos casos, el riesgo se configura como un peligro para la salud y, por ende, afecta al bienestar de los individuos.

Es en este último contexto de *distres* donde se integra el estrés laboral, el cual acontece como consecuencia de reacciones que pueden ser de tipo emocional, cognitivo, fisiológico y conductual (9).

Otra clasificación interesante sobre el estrés que se considera aportar es la propuesta por D. Hallovell (10), apoyada por R. Bryant (11), quienes

categorizan el estrés según su nivel y, además, indican que los niveles que se pueden convertir en perjudiciales para la salud son diversos en cada persona, difiriendo de forma significativa atendiendo a las características connaturales de cada una, los síntomas y la prolongación en el tiempo de la situación estresante. A continuación, se expone dicha clasificación:

- *Estrés agudo*: es el que se presenta de manera más común, siendo consecuencia de determinadas exigencias y presiones que, bien aparecen del pasado o bien se anteponen a situaciones futuras. Los síntomas que se observan son:
  - Aparecen las tres emociones que se conciben como las más frecuentes en casos de estrés: irritabilidad, ansiedad y depresión.
  - Alteraciones de tipo musculares: generalmente en la región de la espalda y la mandíbula, apareciendo en ocasiones puntos focalizados de tensión muscular muy elevados que, en última instancia, pueden repercutir en desgarros de tipo muscular y / o alteraciones en ligamentos y / o tendones.
  - Alteraciones del aparato digestivo: generalmente afectando a estómago e intestino (problemas de acidez, gastritis, enteritis, gastroenteritis, síndrome de colon irritable, etc.).
  - Sobreexcitación de tiempo corto: esta situación repercute en un aumento de la presión sanguínea, de la frecuencia cardíaca, se produce una excesiva transpiración en la zona palmar, náuseas, migrañas, patologías respiratorias, dolores pectorales, etc.
- *Estrés grave*: esta tipología acontece cuando un individuo siente y / o percibe que se le exige demasiado, aunque a veces dichas exigencias parten meramente de su propia realidad. Los síntomas principales son el mal carácter, irritabilidad y hostilidad; además, esta situación repercute generalmente en que las relaciones de tipo interpersonal se resientan, disminuyendo tanto en cantidad como en calidad.
- *Estrés crónico*: se categoriza de esta manera al estrés que termina agotando a una persona, siendo el que produce un desgaste en la rutina vital y, además, se mantiene durante un largo período de tiempo, incluso durante años. En casos de personas donde tiene lugar este tipo

de estrés, las consecuencias se hacen patentes tanto a nivel físico como mental y, por ello, el bienestar y la calidad de vida general se ve aminorada.

Para finalizar, resaltar la diferenciación de dos tipos de estrés laboral, el percibido y el real; en el caso del estrés percibido, es aquel que la propia persona que lo sufre está sintiendo, mientras que el estrés real es el que no se diagnostica atendiendo a la percepción de la persona, sino a otra serie de factores externos a ella. Para ambas variables de estrés se han publicado en la literatura científica herramientas validadas. En el caso del estrés percibido la más utilizada en la actualidad es la denominada Escala de Estrés Percibido (12), mientras que, en el caso del estrés real, el diagnosticado de manera externa a la percepción de la persona, se utilizan generalmente las herramientas propuestas por la OMS y por la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tal como el CoPsoQ-istas21 (13).

### **2.1.3. El síndrome de burnout**

Una vez contextualizado teóricamente lo que se concibe como estrés y estrés laboral, así como los tipos que hay y cómo se pueden medir, se considera focalizar la temática en el estrés de tipo crónico en el trabajo, que se configura como la causa etiológica fundamental del síndrome de burnout. Destacar que, aunque el estrés crónico ha sido a lo largo de los años considerado la etiología principal y, a día de hoy, los estudios científicos avalan esta teoría (1,9,12,14), en los últimos años se están explicando también otras causas que parecen jugar un papel fundamental en el desarrollo de burnout, tales como el aburrimiento, las crisis relacionadas con el desarrollo de la carrera profesional, los ingresos bajos, la sobrecarga de tipo laboral, la escasa estimulación, el aislamiento en el entorno laboral y la orientación profesional deficiente (1,14).

Por otro lado, cabe enfatizar que, aunque son más de cuatro décadas las que se lleva exponiendo la existencia del síndrome de burnout en los contextos científicos y profesionales, la OMS lo ha categorizado como enfermedad *per se* muy recientemente, concretamente en el año 2019, habiendo sido incluida como parte de la totalidad de enfermedades, trastornos, lesiones y cualquier

otro tipo de problemas relacionados con la salud en la revisión número 11 de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE-11), con fecha prevista de entrar en vigor en el año 2022 (15).

Son numerosas las definiciones publicadas sobre esta patología, si bien, la más extendida es la de Maslach y Jackson, que además de definir el concepto burnout, crearon un cuestionario para su medición, el *Maslach Burnout Inventory* (MBI). En la actualidad dicho cuestionario continúa siendo la herramienta más utilizada en los estudios científicos para diagnosticar niveles de burnout, y lo hicieron como un síndrome caracterizado por el cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal y profesional (1,12). Desde el mismo enfoque de tridimensional, aunque sugiriendo dimensiones diferentes, otros autores como Nancy Malander definen el síndrome de burnout como “un síndrome compuesto por tres dimensiones, la primera está constituida por un estado de agotamiento personal y cinismo que lleva a que el sujeto sienta que no es capaz de dar más de sí, dicho agotamiento está acompañado de manifestaciones somáticas psicológicas como el abatimiento, la ansiedad y la irritabilidad”, es decir, las dimensiones son el agotamiento / cinismo, el abatimiento y la ansiedad / irritabilidad(16).

Sin embargo, la cantidad y variedad de modelos etiológicos, explicativos y teóricos de esta enfermedad es enorme, agrupándose numerosas variables que se conciben como antecesoras y consecuentes del burnout; si bien, los enfoques teóricos fundamentales son dos:

- Enfoque clínico: es un estado consecuente a un fenómeno de tipo intrapsíquico derivado de una personalidad predispuesta de la persona junto a un nivel de estrés alto en el entorno laboral. Desde esta perspectiva, según Burisch (17), se considera que el individuo sustituye la esfera social con trabajo, percibiéndose como una pieza imprescindible del conjunto laboral y, en situación de estrés, si no son capaces de afrontarlas de forma positiva, se desarrolla la enfermedad.
- Enfoque psicosocial: el burnout se considera una respuesta frente al estrés laboral, cuyas características fundamentales son el

sentimiento de haber fracasado en el contexto profesional, el agotamiento emocional y una actividad negativa; aunque características tanto del entorno laboral como otras de índole más personal son también influyentes en el desarrollo de la enfermedad (18).

Por otro lado, Gil-Monte y Peiró (18) propusieron cuatro teorías que, desde su perspectiva, agrupan los principales modelos que explican el desarrollo de la patología, y lo hacen atendiendo a una serie de variables relacionadas tanto con los antecedentes como con las consecuencias que tiene el síndrome de burnout en las personas:

- *Teoría Sociocognitiva del Yo*: esta teoría defiende que las características cognitivas de las personas influyen enormemente en cómo perciben las situaciones y, por ende, actúan frente a ellas; a fuertemente en aquello que perciben y, en consecuencia, hacen; además, las cogniciones se afectan tanto por las acciones como por las consecuencias que aprecian en otras (19). Los principales modelos que basan sus fundamentos teóricos son los siguientes:
  - Modelo de competencia social de Harrison (1983): defiende que el burnout está estrechamente relacionado con la competencia y eficacia percibida; por ello, la motivación de una persona va a predeterminar la eficacia en la consecución de objetivos laborales.
  - Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993): apunta cuatro variables como fuentes de burnout: (1) las discrepancias entre la exigencia de tarea y los recursos que posee la persona (2) el nivel de autoconciencia que tiene el individuo, (3) las expectativas, y (4) los sentimientos de autoconfianza, configurándose la autoeficacia como una variable fundamental.
  - Modelo de Pines (1993): sugiere que el burnout es un proceso que tiene lugar en personas que dan un sentido existencial a su trabajo, focalizando en este ámbito de la vida

grandes expectativas, motivación y objetivos; si no se alcanza, aparece la enfermedad.

- Modelo de Cherniss (1993): propone la existencia de una relación causa-efecto entre el burnout y la dificultad que tiene una persona trabajadores de fomentar un desarrollo de sentimientos de competencia personal.
- *Teoría del Intercambio Social*: sugiere que la patología aparece cuando los trabajadores perciben que no hay igualdad en las relaciones de tipo interpersonal que se establecen; según su perspectiva, aportan más de lo que reciben de los demás (19), siendo los principales modelos que basan sus explicaciones en esta teoría los siguientes:
  - Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy (1993): explica que el estrés aparece cuando un trabajador experimenta emociones de amenaza y / o frustración en un contexto que para ellos es motivador; ello repercute en que los recursos de la persona para hacer frente a la situación estresante aminoran, surgiendo el burnout.
  - Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993): las explicaciones de este modelo se basan en un entorno laboral de enfermería, e indica que existen dos modelos diversos que pueden dar lugar al burnout, por un lado, los procesos de intercambio social que tienen lugar entre profesionales de la enfermería y, por otro lado, los procesos de comparación social con sus iguales.
- *Teoría Organizacional*: abogan por que los factores que dan origen burnout son el clima, la estructura y la cultura organizacional, las disfunciones de rol y, sobre todo, el que no existe una organización idónea (19). Los modelos más utilizados y que se fundamentan en esta teoría son los que se exponen a continuación:
  - Modelo de Golembiewsku, Munzenrider y Carrter (1983): sugiere que el burnout comienza cuando el trabajador pierde su compromiso laboral debido al estrés, el cual está estrechamente

relacionado con la fatiga; si la persona no desarrolla estrategias de afrontamiento idóneas y eficaces, aparece la enfermedad.

- Modelo de Winnubst (1993): en este caso, se indica que el burnout está influenciado por el clima, la cultura, la estructura organizacional y el apoyo social; además, este último factor se relaciona con la estructura organizacional existente, jugando un papel fundamental el apoyo social en el trabajo a aquello que el trabajador percibe acerca de cuál es la estructura de organización.
- Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993): restringe el burnout a las profesiones humanitarias y, además, indica que el componente más influyente es el agotamiento de tipo emocional; en caso de que aparezca este componente, se produce una despersonalización que deriva de una estrategia de afrontamiento y, en última instancia, aparece un bajo nivel de realización personal y frustración, aconteciendo la enfermedad.
- *Teoría Estructural*: sugiere la influencia de las antecedentes personales, interpersonales y organizacionales en la aparición del burnout. Abogan por el estrés como consecuencia directa de desequilibrio entre la percepción que los trabajadores tienen de lo que se exige ellos y su capacidad de respuesta (19). En este caso, el modelo más utilizado de los que basan sus explicaciones etiológicas de burnout en esta teoría es el siguiente:
  - Modelo de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995): presenta el burnout como una respuesta frente a la percepción de estrés laboral que tiene una persona después un proceso de reevaluación cognitiva llevado a cabo cuando las estrategias de afrontamiento que se han utilizado para hacer frente a él, no han sido eficaces.

En la actualidad, los signos y los síntomas asociados con el burnout no están consensuados universalmente, debiendo enfatizarse que, además, dependiendo del modelo etiológico en el que se fundamente cada trabajo,

estos pueden variar. Si bien, en los últimos años, autores como Mauranges (20) y Parrello et al. (21) señalan una serie de signos y síntomas notablemente establecidos que, además, se estructuran dependiendo de su naturaleza, y son:

- Síntomas de naturaleza física: son aquellos que derivan del estrés crónico y, por tanto, son generalmente dolores de cabeza y alteraciones de tipo gastrointestinal.
- Síntomas de naturaleza emocional: suelen ser la falta de energía para desarrollar su rol laboral y el agotamiento emocional.
- Rendimiento reducido: los síntomas emocionales, sobre todo el agotamiento, conllevan una incapacidad para desarrollarse actividades cotidianas en todas las esferas de una persona y, en última instancia, repercute en un sentimiento negativo que impregna la vida en su máxima expresión.

## **2.2.El síndrome de burnout en los profesionales sanitarios del sector geriátrico**

En la actualidad, la salud y el bienestar generalizado de los cuidadores profesionales sanitarios están afectados por diversidad de aspectos que acontecen en su vida diaria, los cuales generan estrés y, por ende, disminuyen su nivel de satisfacción laboral; si bien, para considerarse síndrome de burnout, tal y como se ha indicado previamente, debe existir un estrés laboral crónico que lo origine (22)

Si bien no existe unanimidad referente a la definición ni epidemiología del síndrome de burnout en profesionales sanitarios, la realidad es que en los últimos años parece que la mayor parte de las investigaciones demuestran niveles medios-altos de la enfermedad y, además, yendo en aumento los niveles, configurándose como una grave problemática actual en el sector sanitario (23).

En la actualidad, son tres las dimensiones de análisis más utilizadas en casos de Burnout independientemente del colectivo de personas objeto de estudio y, por ello, en el caso de los estudios en cuidadores profesionales del sector geriátrico también (24) (Figura 2):



- Cansancio emocional: según Irasema, Armendáriz y Molina (25), se trata de la pérdida de energía, agotamiento, desgaste y fatiga, que las personas pueden tener tanto en de forma física como psicológica.
- Despersonalización: se presenta como la transformación negativa en las actitudes frente a otras personas, tanto del entorno laboral como social.
- Falta de realización personal: se trata de un sentimiento negativo hacia la propia persona y hacia la labor profesional que desempeña, dado lugar a una disminución de la productividad, conductas de tipo depresivo, baja autoestima y pérdida de motivación hacia el trabajo.



Figura 2. Dimensiones del síndrome de burnout. Fuente: elaboración propia a partir del trabajo de Albadalejo et al. (2004)

En un trabajo de revisión llevado a cabo por Barragán et al. (23) focalizado en burnout en profesionales sanitarios, se observó diversidad entre los diferentes estudios publicados, tanto atendiendo a las cifras de prevalencia observadas como a las dimensiones más afectadas. Por otra parte, en el trabajo de Ortega, Salas y Correa (26), se reportó una cifra de 4,5% de burnout, con un 31,4% de afectación en la dimensión de falta de realización personal, seguido del cansancio emocional en un 21,2% y de despersonalización en un 17,2%. En contraposición, en el estudio de Méndez, Secanilla, Martínez y Navarro (27) la dimensión más afectada fue la despersonalización (54,8%), seguida del cansancio emocional (13,3%) y, en tercer lugar, la baja realización personal (10,0%); además, cabe indicar que

este último estudio expuesto se focalizó en una muestra de cuidadores profesionales de residencias. Y, por otro lado, estudios como el de Bernaldo de Quirós-Aragón y Labrador-Encimas (28), las tres dimensiones tuvieron puntuaciones medias similares.

También, existe diversidad de resultados y, además, controvertidos, en cuanto a qué categoría de profesionales sanitarios son los que desarrollan más burnout, con autores como Bujalance et al. (29) que han publicado que son el personal de enfermería (además de los celadores) quienes más lo padecen, y con otros como Amutio, Ayestaran y Smith (30) que concluyen que son los médicos los más afectados por el síndrome. No obstante, los cuidadores profesionales que desempeñan su labor en residencias geriátricas se configuran como un colectivo de riesgo en la actualidad, ya que se encuentran sometidos a altos niveles de estrés, el cual podría aumentar en los próximos años debido al aumento de la esperanza de vida y la cronicidad.

Por otra parte, en las últimas décadas, la esperanza de vida en países desarrollados como España va en aumento. Según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud (SNS) del año 2013 publicado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI) del Gobierno de España, la esperanza de vida en dicho año era de 82,3 años (31), mientras que en el informe publicado por el Instituto Nacional de Estadística (INE) en el año 2018, la cifra alcanzó los 83,24 años, quedando patente que la esperanza de vida continúa creciendo de forma acusada en los últimos años (32).

Una de las principales consecuencias, tal vez la mayor, de dicho aumento en la esperanza de vida es el envejecimiento progresivo de la población, configurándose como un grave problema que repercute tanto en la esfera social como sanitaria a nivel mundial y estatal en el caso de España, existiendo un grupo de la población cada vez mayor que tiene entre 60 y 100 años. Además, se espera que en los próximos años la tendencia continúe, estimándose por parte del INE que en el año 2050 llegará a haber más de mil millones de personas con más de 60 años en el mundo (32). Esta realidad repercute en que cada vez son más las personas de edad avanzada que se encuentran institucionalizadas en centros geriátricos, denominadas servicios de atención residencial. Según el Artículo 25 (*Servicio de Atención Residencial*) de

la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, publicada en el Boletín Oficial de España (BOE), número 299 de 15 de diciembre de 2006 (33):

- “1. El servicio de atención residencial ofrece, desde un enfoque biopsicosocial, servicios continuados de carácter personal y sanitario.
2. Este servicio se prestará en los centros residenciales habilitados al efecto según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona.
3. La prestación de este servicio puede tener carácter permanente, cuando el centro residencial se convierta en la residencia habitual de la persona, o temporal, cuando se atiendan estancias temporales de convalecencia o durante vacaciones, fines de semana y enfermedades o períodos de descanso de los cuidadores no profesionales.
4. El servicio de atención residencial será prestado por las Administraciones públicas en centros propios y concertados” (33)

Por otra parte, según indica el “Informe 2016. Las Personas Mayores en España”, publicado por el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) con colaboración del MSSSI, a 31 de diciembre de 2015, en España había 372.306 plazas que se distribuyen en 5.387 centros geriátricos o residencias. Desde el año 2000 está incrementándose la capacidad de esta tipología de centros, sin embargo, dicho aumento no se adapta a la cantidad de personas que año tras año demandan ser usuarias, ya que el aumento de la capacidad en las residencias no es tan acelerado como el envejecimiento de la población, por lo que el índice de cobertura de las residencias no está mejorando a pesar de haber más plazas (34).

En este contexto de incremento de demandas de plazas en geriátricos debido al envejecimiento de la población, y con añadidura de la crisis sanitaria en la que se encuentra inmersa España (largas jornadas laborales, menor cantidad de personal del necesario, escasa retribución económica, etc.), el desempeño de una adecuada labor profesional de los cuidadores profesionales en geriátricos se torna complicado (35). De forma generalizada, las investigaciones gerontológicas consideran que es necesario cuidar no sólo la salud física de las personas que se encuentran institucionalizadas, sino

también la salud psicológica y social; esto es, es necesario el abordaje de cuidados en la totalidad de las esferas que constituyen la vida de una persona para que el cuidado en su máxima expresión sea idóneo (23).

Ante esta realidad, los cuidadores profesionales sanitarios en centros geriátricos se encuentran sometidos a situaciones de estrés, tanto debido a que sus condiciones laborales por la crisis sanitaria no son las más adecuadas, como a la combinación de una labor de intensa responsabilidad con una disponibilidad y entrega continua abierta a las necesidades de personas mayores, gran parte de ellas con altos grados de dependencia y / o discapacidades físicas y / o psicológicas que, en numerosas ocasiones, dificultan sus cuidados (35,36). Todo ello repercute, más probablemente, en una disminución de la satisfacción y de la motivación, que se configuran como las dos variables fundamentales que determinan la labor asistencial en puestos laborales vinculados a los servicios públicos, tales como la atención a la tercera edad (37,38).

Además, esta situación repercute no sólo en un malestar personal de los cuidadores profesionales, desarrollándose burnout si el estrés se cronifica, sino que también se ve afectada su relación con los pacientes (distanciamiento) y, en última instancia, la calidad de sus cuidados (39). Se ha demostrado que existe una relación entre el cansancio emocional de los trabajadores y la probabilidad de que los usuarios de geriátricos desarrollen actos agresivos frente a ellos (40). En este sentido, Gil-Monte et al. (41) indica que el burnout de los cuidadores de geriátricos se configura como una de las principales causas que repercuten en un deterioro de la calidad del servicio, dando lugar a quejas sobre el trato; además, esta situación empeora la patología de los cuidadores, ya que sienten remordimientos por sus actos, desarrollándose mayores problemáticas de tipo psicosomático y patologías tales como la ansiedad y la depresión.

### 3. OBJETIVOS

#### Objetivo general:

- Conocer cuál es la incidencia de síndrome de burnout en cuidadores profesionales sanitarios en centros geriátricos y los factores que se relacionan con la patología.

### 4. METODOLOGÍA

#### 4.1. Diseño

Para alcanzar el objetivo propuesto, se ha considerado idóneo utilizar un diseño de revisión sistemática, ya que éste permite recuperar con carácter retrospectivo una serie de estudios publicados en la literatura científica relacionados con la temática abordada. Además, permite recoger información actualizada mediante el proceso de acotar la búsqueda a estudios publicados en un periodo de tiempo concreto, enfocando cuál es la situación abordada al momento actual tanto como se desee (42).

#### 4.2. Estrategia de búsqueda

Para llevar a cabo la búsqueda que permita la recopilación de estudios idóneos que permitan abordar y, en última instancia, alcanzar los objetivos propuestos, se ha considerado seleccionar una serie de fuentes de información que, en este caso, han sido una serie de bases de datos electrónicas: *Pubmed*, *Web of Science* (WOS), *Medline* y *Google Académico*, considerándose fuentes de información fiables y sensibles, lo que contribuye a que exista un bajo riesgo de sesgo, tanto de índole científico como metodológico.

Posteriormente, para focalizar las búsquedas se propone como estrategia el uso de una serie de términos denominados MeSH (del inglés "*Medical Subjects Headings*"): "*profesional burnout*", "*geriatrics*", "*geriatric health service*", "*motivation*", "*satisfaction*" y "*nursing home*". Además, para las búsquedas en castellano realizadas en la base de datos *Google Académico*, se han utilizado una serie de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), que son los siguientes: "agotamiento psicológico", "satisfacción en el trabajo", "satisfacción personal", "satisfacción del paciente", "motivación". Asimismo, se ha considerado idóneo el uso también de una serie de términos del lenguaje

común en castellano, que se presupone que contribuirán a la recopilación de trabajos en la *Google Scholar*: “síndrome de burnout”, “residencia de ancianos” y “geriatria”.

Además, se han utilizado los operadores booleanos “AND” y “OR” como herramienta para establecer conexiones entre términos de búsqueda y, de esta manera, poder enfocar las búsquedas hacia estudios idóneos que permitan alcanzar los objetivos propuestos. A continuación, en la Tabla 1 se pueden observar las ecuaciones de búsqueda que se han creado usando los términos clave y los operadores booleanos en cada una de las bases de datos electrónicas utilizados, junto con los resultados obtenidos.

Tabla 1. Ecuaciones de búsqueda utilizadas para realizar las búsquedas de trabajos en las diferentes bases de datos y los resultados obtenidos.

Base de datos	No. ecuación búsqueda	Ecuación de búsqueda	Resultados
Pubmed	#1	"professional burnout" AND "geriatrics"	44
	#2	"professional burnout" AND "nursing home"	56
	#3	"professional burnout" AND "geriatric health service"	1
	#4	"professional burnout" AND ("motivation" OR "satisfaction") AND "geriatrics"	12
<i>Total</i>			113
WOS	#1	"professional burnout" AND (geriatrics OR geriatric)	6
	#2	"professional burnout" AND "nursing home"	1
	#3	"professional burnout" AND "geriatric health service"	0
	#4	"professional burnout" AND ("motivation" OR "satisfaction") AND "geriatrics"	1
<i>Total</i>			8
Medline	#1	"professional burnout" AND (geriatrics OR geriatric)	5
	#2	"professional burnout" AND "nursing home"	1
	#3	"professional burnout" AND	0

Base de datos	No. ecuación búsqueda	Ecuación de búsqueda	Resultados
	#4	"geriatric health service" "professional burnout" AND ("motivation" OR "satisfaction") AND "geriatrics"	0
<i>Total</i>			6
<i>Google Académico</i>	#1	"síndrome de burnout" y "residencia de ancianos"	37
	#2	"síndrome de burnout" Y ("satisfacción en el trabajo" OR "satisfacción personal") Y "geriatría"	118
	#3	"síndrome de burnout" Y "satisfacción del paciente" Y "geriatría"	38
	#4	"agotamiento psicológico" Y "residencia de ancianos"	3
	#5	"síndrome de burnout" Y motivación Y geriatría	671
<i>Total</i>			867
<b>TOTAL</b>			<b>994</b>

#### 4.3. Criterios de selección

Tras la recopilación de 994 trabajos de las diferentes bases de datos electrónicas utilizando las ecuaciones de búsqueda construidas, se ha considerado idóneo implementar una serie de criterios de búsqueda (tanto de inclusión como de exclusión) atendiendo a los objetivos de la presente revisión, con objeto de que permitan finalmente seleccionar aquellos trabajos que contribuyan al alcance de los mismos.

Los criterios de inclusión utilizados son:

- Año de publicación: sólo se han incluido estudios publicados en los últimos 10 años (2010-2020) con objeto de poder realizar una revisión actualizada de la literatura científica publicada.
- Idioma de publicación: sólo han sido susceptibles de formar parte de la

revisión trabajos publicados en inglés (por ser considerada la lengua científica y vehicular por excelencia) o en castellano (por ser el lenguaje de redacción del presente trabajo).

- Acceso a los estudios: sólo se han incluido trabajos a los que se ha podido acceder al texto completo y, además, de manera gratuita. Este criterio permite poder realizar una lectura crítica de los estudios susceptibles de ser integrados en la revisión, aboliendo la posibilidad de introducirse sesgos de interpretación si sólo se pudiera acceder a leer el resumen.
- Especie de estudio: sólo se han integrado trabajos donde la población de estudio sea de la humana.
- Población de estudio: sólo han podido ser seleccionados trabajos donde la población de estudio ha sido (o al menos se ha incluido) la de cuidadores profesionales sanitarios que desarrollen su labor en centros geriátricos.
- Variables a analizar: sólo han sido susceptibles de ser integrados en la presente revisión trabajos donde se ha analizado el síndrome de burnout.

Por otro lado, los criterios de exclusión que se han considerado implementar son:

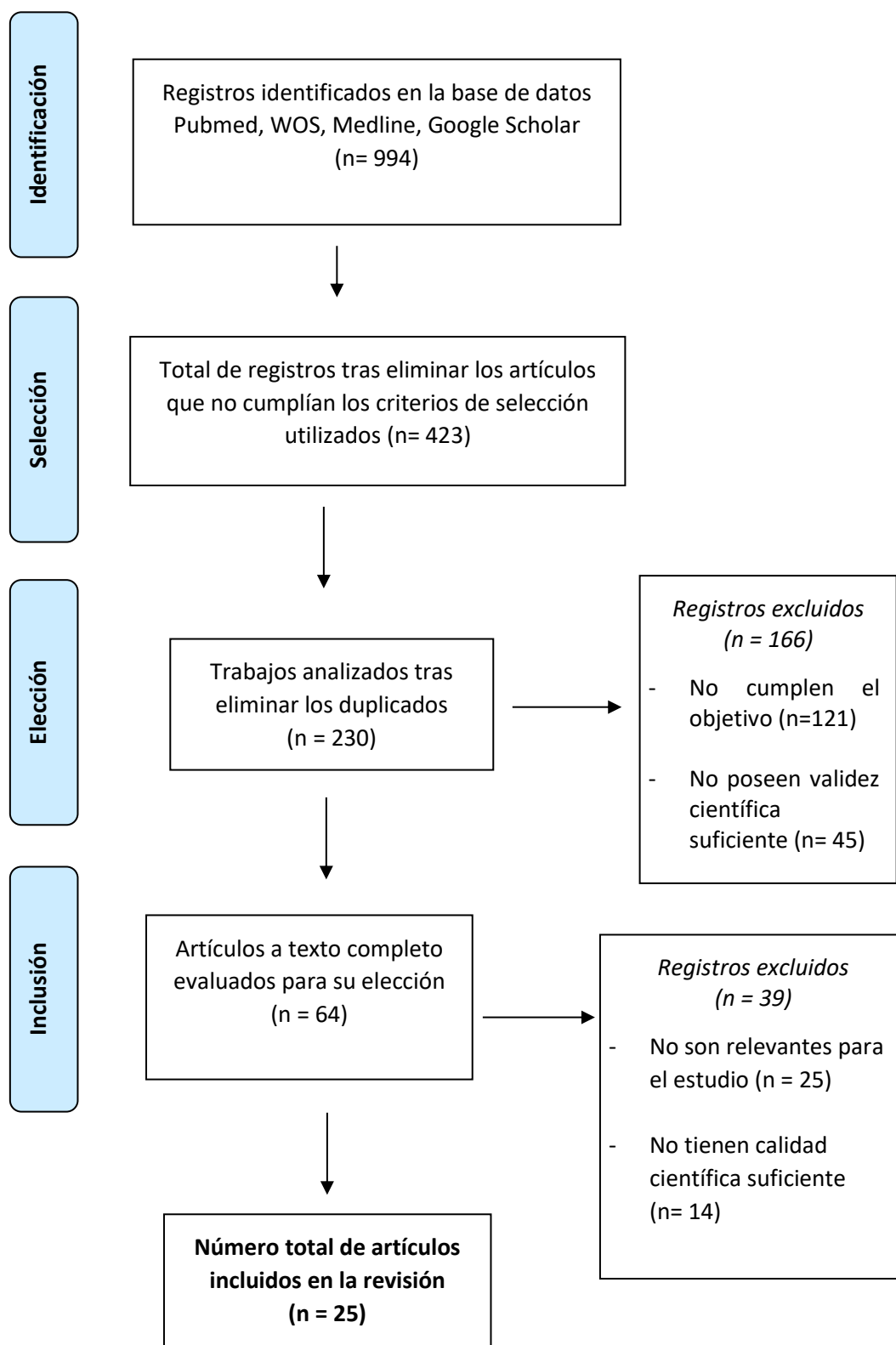
- Diseño de estudio: se ha considerado la exclusión de estudios de diseño revisión, tanto bibliográfica como sistemática.
- Relevancia científica: se han excluido de la revisión trabajos con una puntuación  $\leq 15$  en la tabla de 27 ítems que se propone en la declaración PRISMA (Anexo 1).



#### 4.4. Diagrama de flujo

En la Figura 3 se puede observar cuál ha sido el flujo de estudios que ha tenido lugar para poder seleccionar los que finalmente han integrado la revisión:

Figura 3. Diagrama de flujo de estudios. Fuente: elaboración propia.



## 5. RESULTADOS

Son veinticinco los estudios que se han seleccionado para formar parte de la presente revisión (43-67), apareciendo los datos principales de cada uno de ellos en la Tabla 2. De los 25 estudios que integran la revisión, el mayor porcentaje lo representan los publicados en el año 2018 y 2019 en igual proporción (4 de 25; 16.0%), seguidos de los publicados en los años 2015, 2016 y 2017 también en igual proporción (3 de 25; 12%), mientras que del resto de años de publicación (2010, 2012, 2013 y 2020) son dos los artículos que forman parte de la revisión (2 de 25; 8%).

En cuanto a la relevancia científica de los estudios (Anexo 1), según la tabla de evaluación en la que se analizan 27 criterios atendiendo a la declaración PRISMA, adquiere una puntuación media de  $18 \pm 1.8$ . En la totalidad de los estudios la temática abordada ha sido el síndrome de burnout en cuidadores profesionales de geriátricos, si bien, en algunos de ellos el objetivo fue conocer la tasa de la patología e identificar factores (y su relación) que podrían contribuir a la misma (44-46,49,52-56,59-61,63-65,67), en otros sólo el análisis de los factores (43,47,48,50,51,54,66). En un estudio se ha tenido por objeto conocer la relación entre burnout en cuidadores y bienestar en usuarios de una residencia geriátrica, pudiendo tratarse el nivel de bienestar de una consecuencia del burnout en los cuidadores (62). En otro de los trabajos seleccionados se ha probado una herramienta para evaluación del estrés (46), en otro el objetivo ha sido analizar qué temas geriátricos se abordan de forma más frecuente en ensayos escritos por estudiantes de medicina (58), y en otro, dilucidar la efectividad de una intervención educativa para reducir, entre otras variables, las analizadas en burnout (57).

La muestra analizada en la presente revisión la constituyen 10754 cuidadores profesionales de personas de edad avanzada y 209 estudiantes de medicina que son evaluados durante la atención a pacientes mayores durante sus prácticas.

Tabla 2. Características y principales resultados de los 25 estudios que integran la presente revisión.

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Coco et al. (2010) (43)	Estudio de cohorte prospectivo	Comparar patrones de respuestas entre diferentes roles en la atención geriátrica	N= 540 asistentes enfermería, enfermeras registradas, psicólogos	Factores estresantes: SEQ burnout: MBI Salud General: GHQ-12	Los cuidadores refirieron más frecuentemente como estresantes los factores relacionados con las instalaciones, a excepción de los asistentes de enfermería certificados trabajadores en salas geriátricas de hospitales generales, que señalaron los factores relacionados con el paciente. Los factores personales son muy importantes para los niveles de estrés en todas las profesiones.
Juthberg et al. (2010) (44)	Estudio de cohorte retrospectivo	Estudiar patrones de percepción de conciencia, estrés de conciencia y burnout en relación a la pertenencia ocupacional entre enfermeros y auxiliares de enfermería en geriatría	N= 146 N= 50 enfermeras tituladas N= 96 auxiliares de enfermería	Burnout: MBI Percepción de conciencia: cuestionario para esta variable Estrés de conciencia: cuestionario para esta variable	Las percepciones de conciencia y el estrés de conciencia explicaron el 41,9% de la varianza en la pertenencia ocupacional, y el burnout no contribuyó dicha varianza aplicada. Ambos colectivos vieron la conciencia como un activo y no como una carga. En enfermeras tituladas: el estrés de la conciencia en relación con el incumplimiento de las expectativas y demandas y la percepción de la conciencia como exigente sensibilidad fue un patrón predictivo. En auxiliares de enfermería: la percepción de que la conciencia es una autoridad y un activo en su trabajo fue un patrón predictivo.
Piers et al. (2012) (45)	Encuesta transversal	Examinar el DM en la atención de enfermería geriátrica e identificar los factores relacionados con él	N= 222 enfermeras de 20 residencias y 3 salas de geriatría	DM: cuestionario de 18 ítems adaptado de la EDM	Tasa de respuesta: 57%. Puntuación de frecuencia de DM: 1,1 (media, rango 0-4); puntuación de intensidad de DM: 2,3 (media, rango 0-4). Las enfermeras identificaron situaciones que implicaban soporte vital injustificable, pruebas y tratamientos innecesarios y trabajar con personas incompetentes como causantes de mayor cantidad de DM. Responder solicitudes de eutanasia y aumentar la morfina en un paciente inconsciente que se cree que acelera la muerte tenía menos probabilidades de causar DM. El DM fue significativamente mayor en las enfermeras con licencia

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
					laboral intencionada o real ( $p=0,001$ ).
Saarnio et al. (2012) (46)	Estudio experimental	Probar una versión finlandesa del SCQ y explorar la conciencia del estrés en el personal geriátrico	N= 350 enfermeras geriátricas	Conciencia del estrés: SCQ (versión finlandesa)	La mayoría de enfermeras consideraron que no tenían tiempo suficiente para prestar una buena atención a los pacientes, lo que les causaba problemas de conciencia. También sintieron que el trabajo exigente agotaba su energía, como consecuencia de que no podían brindar a sus propias familias y seres queridos la atención que les hubiera gustado.
Kubicek y Heike Ulferts (2013) (47)	Estudio transversal de encuesta	Identificar los cambios sociales actuales que ocasionan demandas de alta intensidad laboral y aumento de requisitos para manejar nuevos equipos en geriatría	N= 1498 profesionales sanitarios	Burnout: MBI Compromiso laboral (vigor y dedicación): cuestionario	Las demandas relacionadas con la aceleración explican la variación adicional para el agotamiento, la despersonalización, el vigor y la dedicación al controlar las demandas cognitivas, emocionales y físicas de los profesionales sanitarios del sector geriátrico. Las demandas relacionadas con la aceleración asociadas con los requisitos crecientes para actualizar los conocimientos propios están relacionadas con resultados positivos (vigor y dedicación), mientras que las demandas relacionadas con la aceleración asociadas con un ritmo de trabajo creciente están relacionadas con resultados negativos como el agotamiento emocional.
Schmidt y Diestel (2013) (48)	Estudio transversal de encuesta	Examinar el papel de dos recursos personales (afrontamiento activo centrado en el problema; creencias de autoeficacia) en la relación entre demandas laborales y estrés en personal	N= 145 cuidadores sanitarios	Estrés laboral: test de estrés laboral Carga de trabajo: cuestionario Autoeficacia percibida: escala de autoeficacia percibida Estrategias de afrontamiento:	El aumento de las demandas laborales (carga de trabajo cuantitativa y cualitativa) tuvo efectos adversos sobre el agotamiento emocional, las quejas psicósomáticas y las intenciones de rotación, mientras que las creencias de autoeficacia de las enfermeras ejercieron efectos beneficiosos en todos los resultados. El afrontamiento activo y centrado en el problema interactúa con las demandas laborales en la predicción del estrés laboral.

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
		cuidador de ancianos		cuestionario	
Ahlin et al. (2015) (49)	Estudio transversal, descriptivo, comparativo	Comparar valoraciones y relaciones de conciencia del estrés, percepciones de conciencia, burnout y apoyo social entre el personal sanitario	N= 586 personal de salud G1: 98 (centro 1) G2: 488 (centro 2)	Burnout: BMI Conciencia del estrés: SCQ Percepciones de conciencia: cuestionario Apoyo social: cuestionario	No hubo diferencias entre centros (G1 y G2) en ninguna de las 4 variables analizadas. Percibir la propia conciencia como demasiado estricta y tener una conciencia turbulenta por no poder vivir a la altura de las normas propias se asociaron con estrés de conciencia y agotamiento en el G2. Las mujeres tenían más estrés de conciencia y percibían menor apoyo social de sus compañeros de trabajo que los hombres.
Pélissier et al. (2015a) (50)	Estudio descriptivo transversal	Explorar factores de riesgo potenciales para el estrés relacionado con el trabajo, detallando las condiciones de trabajo y las dificultades subjetivas según la categoría ocupacional en personal sanitario en geriatría	N= 1649 personas G1: 706 amas de casa G2: 565 auxiliares enfermería G3: 378 enfermeras	Estrés psicosocial: cuestionario Siegrist Condiciones laborales percibidas: cuestionario diseñado de Cursos de formación profesional: cuestionario diseñado	El 60,9% del G1, 76,2% del G2 y 76,7% del G3 indicaron abuso verbal por parte de los residentes. Ataque físico de los residentes fue informado con más frecuencia en el G1 (59,1%) que en G3 (52,8%) o G1 (38,0%) ( $p<0,001$ ). Sobre 10% informó desequilibrio esfuerzo/recompensa (10,4% en G2, 9,2% en G3 y 7,0% en G1; $p=0,059$ ). El 40,5% del G1 informó grandes dificultades relacionadas con la proximidad a la muerte (frente al 37,3% en G2 y 22,6% en G3; $p<0,001$ ).
Pélissier et al. (2015b) (51)	Estudio descriptivo transversal	Describir la formación impartida y la formación deseada y evaluar la relación entre la formación y las	N= 2461 personas G1: 667 amas de casa G2: 1446	Formación recibida en los últimos 5 años: cuestionario autoadministrado Necesidades de formación:	Entrenamiento más frecuente en 5 últimos años: manejo. Deseos más frecuentes: formación en cuidados paliativos y enfoques psicológicos para usuarios. Personal de horario diurno: más formación en recepción, actividades para ancianos e higiene mayor que el personal nocturno. Casi 50% indicaron condiciones laborales muy duras respecto a

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
		condiciones de trabajo duras percibidas por el personal femenino que trabaja en geriátricos	auxiliares enfermería G3: 348 enfermeras	cuestionario autoadministrado	manejo físico o deterioro físico de usuarios. El 70% informaron condiciones muy duras relacionadas con la muerte, pero en las 3 categorías: quienes habían recibido capacitación en cuidados paliativos indicaron con menor frecuencia condiciones laborales muy duras con la muerte.
Gómez - Cantón et al. (2016) (52)	Estudio descriptivo	Observar si el grado de satisfacción laboral influye en el nivel de estrés laboral en personal de enfermería que trabaja en cuidados paliativos geriátricos	N= 162 personal enfermería Género: 88,82% M Edad media: 36,97 años	Datos sociodemográficos: cuestionario diseñado burnout: MBI	Un 50% tuvo cansancio emocional medio-alto; 23,60% y 25,47% tuvieron niveles medios y elevados de despersonalización, respectivamente, y 58,4% tuvo realización personal reducida. Al aumentar la satisfacción laboral hay reducción del cansancio emocional. La satisfacción laboral se relaciona inversamente con burnout. Disminuir la satisfacción en relación con la capacidad de conciliación del trabajo con vida familiar hace que el cansancio emocional aumente.
Peters et al. (2016) (53)	Estudio longitudinal	Examinar si las interacciones de los recursos personales y laborales con las demandas del horario laboral predicen el compromiso laboral y el agotamiento emocional en enfermería geriátrica	N= 247 enfermeras	Burnout: MBI Recursos personales (afrontamiento activo, estilo vida saludable): cuestionario. Recursos laborales (control horario trabajo, horario acorde con vida): cuestionario. Demandas de horario laboral: cuestionario.	El horario de trabajo encajaba 1 año después tanto con la vida privada de las enfermeras amortiguando la relación entre las demandas del horario laboral y el agotamiento emocional, como con la vida privada de las enfermeras y aumentó el compromiso laboral, cuando las demandas del horario eran altas. El control del horario de trabajo fortaleció la relación positiva entre las demandas del horario laboral y el agotamiento emocional 1 año después. Los recursos personales, el afrontamiento activo y el estilo de vida saludable no fueron moderadores en este modelo.

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Rouxel et al. (2016) (54)	Estudio exploratorio	Examinar el papel desempeñado por las características del trabajo (demandas de trabajo, control de trabajo, reglas de expresión emocional) y factores individuales (afectividad) para predecir la satisfacción laboral y el agotamiento entre enfermeras de atención geriátrica	N= 363 cuidadores profesionales Género: 343 M (94,5%) y 20 H (5,5%) Edad: 29,24 años. 74,90% casados y 74,6% con hijo/s. Experiencia laboral con ancianos: 11,89 años	Burnout: MBI-HSS (2 subescalas: desgaste emocional y despersonalización) Satisfacción laboral: WDQ Control y demanda en trabajo: Cuestionario Reglas percibidas de expresión emocional: Escala de requisitos de expresión emocional Afectividad negativa y positiva: PANAS	2 procesos de agotamiento y satisfacción laboral: salutogénico (positivo) y patogénico (negativo). Factores relacionados con patogénico: afectividad negativa, bajo estado de trabajo, reglas de visualización negativa percibidas y demandas de trabajo. Factores relacionados con salutogénico: afectividad positiva percibida, reglas positivas de visualización y control del trabajo. Afectividad negativa es predictor positivo de agotamiento a través de su impacto en las reglas de visualización negativa percibidas y las demandas de trabajo, y se relaciona negativamente con la satisfacción laboral. La afectividad positiva puede predecir la satisfacción laboral a través de su impacto en las reglas de visualización positiva percibida y el control del trabajo, y es un predictor negativo de agotamiento. Estatus laboral relacionado con burnout: enfermeras con bajo estatus tuvieron más despersonalización y agotamiento emocional, así como bajo control en el trabajo.
Chamberlain et al. (2017) (55)	Estudio observacional de cohorte prospectiva	Examinar las características de los asistentes de atención, el contexto organizacional y la frecuencia de comportamientos receptivos de los residentes relacionados con la	N= 1194 asistentes de cuidado Género: 92,46% M, mayores de 40 años, satisfechas con su	Burnout: MBI Datos sociodemográficos: cuestionario. Satisfacción laboral: cuestionario evaluado con escala Likert de 5 puntos	Puntuaciones altas en agotamiento emocional y cinismo, pero alta eficacia profesional. Alta satisfacción laboral, asociada con menor agotamiento emocional ( $p=-0.281$ ) y cinismo ( $p=-0.330$ ), y asociado con mayor eficacia profesional ( $p=0.151$ ). Las características individuales fueron significativas en las 3 subescalas de burnout. La satisfacción fue la única variable relacionada estadísticamente con las 3 subescalas de burnout. Relación negativa entre salud mental y física y mayor riesgo de burnout (agotamiento emocional y cinismo).

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
		demencia asociados con el agotamiento (burnout)	trabajo.	Salud física y mental: SF-8	Predictores significativos de: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Agotamiento emocional: inglés como 2º idioma, tamaño mediano de instalaciones, personal holgazán, capacidad de respuesta organizacional, salud (mental y física) y respuesta a los comportamientos de demencia.</li> <li>▪ Cinismo: edad, inglés de 2º lengua, cultura, evaluación, interacciones formales, salud (mental y física) y comportamientos receptivos relacionados con demencia.</li> <li>▪ Eficacia profesional: cultura y recursos estructurales.</li> </ul>
Kolthoff y Hickman (2017) (56)	Estudio exploratorio descriptivo	Determinar y relacionar según experiencia la fatiga por compasión, agotamiento y satisfacción de compasión en enfermeras geriátricas	N= 42 enfermeras. Género: 88% M	Características sociodemográficas: cuestionario. Fatiga de compasión, burnout profesional y satisfacción de compasión: ProQOL	Hubo niveles promedios de fatiga de compasión, burnout y satisfacción compasiva. Más fatiga de compasión y burnout en nuevas enfermeras en comparación con experimentadas, (p=0.02). Más burnout en enfermeras con experiencia menor de 1 año en comparación con las de más tiempo (p=0.019). No diferencias en satisfacción entre enfermeras según experiencia (p=0.906).
Fukuda et al. (2017) (57)	Ensayo comparativo controlado aleatorio	Evaluar la efectividad de 1 intervención educativa para reducir la angustia inducida por síntomas conductuales y psicológicos de la demencia entre cuidadores geriátricos	N= 357 cuidadores profesionales de residencias de ancianos GI= 185 cuidadores GC= 172 cuidadores	Estado neuropsiquiátrico: cuestionario burnout: versión japonesa del MBI. Dependencia de la atención de residentes: versión japonesa de la Escala de Dependencia de la Atención	La puntuación total del Cuestionario del Inventario Neuropsiquiátrico disminuyó significativamente en el GI (p=0.01), y la diferencia entre GI y GC también fue significativa (F [1355] = 4.78, p = 0.03). Esto es, la intervención redujo de manera significativa la angustia entre los cuidadores de personas mayores. No hubo cambios significativos en burnout ni dependencia de la atención tras la intervención.



AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Camp et al. (2018) (58)	Estudio exploratorio	Examinar ensayos reflexivos escritos por estudiantes de medicina de tercer año sobre las rotaciones clínicas requeridas con enfoque en geriatría	N= 120 ensayos geriátricos	Temas abordados en los ensayos geriátricos	Temas geriátricos comunes: (1) muerte y agonizar, (2) toma de decisiones, (3) interacciones significativas médico-paciente, (4) calidad de atención y (5) desarrollo profesional. Ensayos geriátricos propensos a discutir temas de muerte/agonía y riesgo-beneficio y menos propensos a discutir el abuso. Más probabilidad de describir la angustia moral y, en ellos, tendencia a incluir temas de empatía en comparación con ensayos geriátricos sin angustia moral.
Kandelman et al. (2018) (59)	Estudio observacional de cohorte prospectivo	Evaluar el nivel de burnout de cuidadores de hogar de anciano y evaluar posibles factores de riesgo en esta población	N= 124 cuidadoras (100% M), edad media: 41 años. Categoría: 44% enfermera cuidadora	Burnout: MBI	Tasa de burnout: 40%; el 90% tenía antecedentes de intimidación por un residente. Factores de riesgo identificados: presencia de protocolos institucionales, trabajo en lugar privado y antecedente de acoso por residentes. Factores más asociados negativamente con burnout: practicar pasatiempos y trabajar como enfermera. El único factor de riesgo significativo en el análisis multivariante: antecedente de intimidación por residentes.
Nazir et al. (2018) (60)	Estudio exploratorio	Cuantificar la prevalencia de agotamiento entre 3 cohortes de médicos trabajando en hogares de ancianos en los EE.UU, Canadá o los Países Bajos.	N= 242 médicos G1=118 Países Bajos G2= 59 Canadá G3= 65 de EE.UU	Burnout: MBI	En subescala de desgaste emocional: médicos de EE.UU. tuvieron puntuaciones más negativas (20,05) en comparación con los de Canadá (13,46) y Países Bajos (15,96). En subescala de despersonalización: no diferencias significativas, pero máxima puntuación en EEUU (5,92), seguida de Canadá (5,33) y Países Bajos (4,63). En subescala de realización personal: no diferencias significativas, pero máximo valor en EEUU (43,34), seguido de Canadá (42,48) y Países Bajos (42,08). Casi 3/4 de médicos de Canadá y Países Bajos tuvieron ≥10 años de experiencia en comparación con sólo la mitad en EE.UU. Solo el 6% de los médicos canadienses indicó credenciales

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
					adicionales en geriatría, en comparación con el 69% en los EE. UU. y el 97% en Países Bajos.
Yeatts et al. (2018) (61)	Estudio exploratorio	Contribuir a conocer los factores que contribuyen en el burnout entre los trabajadores de atención directa en hogares de ancianos	N= 410 profesionales que cuidan a ancianos en 11 geriátricos de Texas (EE.UU)	Burnout: MBI. 12 variables independientes: 3 de organización, 3 de diseño de trabajo, 2 de características interpersonales y 4 sobre personales	Variables organizacionales más importantes: disponibilidad de recursos para hacer el trabajo, la capacitación disponible y el pago justo. Variables de diseño del trabajo más importantes: personal adecuado. Característica individual más importante: autoestima, que parece tener el mayor impacto en el agotamiento, y el compromiso con la organización también tuvo gran impacto.
Chao (2019) (62)	Estudio transversal	Examinar relación entre agotamiento del personal de enfermería geriátrica y el bienestar de los residentes de atención a largo plazo	N= 315 enfermeras N= 590 ancianos de atención a largo plazo	Burnout (personal de enfermería): IMB Bienestar, calidad de vida, satisfacción (usuarios): cuestionario	La dimensión de despersonalización del agotamiento en enfermeros se relacionó con varios resultados de bienestar de los residentes; una despersonalización más alta se asoció con menor satisfacción residencial y una calidad de vida percibida, así como con más síntomas depresivos entre los residentes.
Tonna (2019) (63)	Estudio transversal	Evaluar sentimientos de estrés profesional y apoyo social, estrategias de afrontamiento y desgaste de cuidadores geriátricos, e identificar afrontamiento según nivel de desgaste	N= 21 cuidadores profesionales	Datos sociodemográficos: cuestionario diseñado Burnout: MBI Estrés laboral: JSS Estrategias de afrontamiento: Brief Cope Soporte social: SSQ6	Se observó un bajo nivel de desgaste y estrés percibido y un apoyo social percibido satisfactorio. Se utilizaron estrategias de afrontamiento funcionales, especialmente por los cuidadores con menor nivel de burnout (reinterpretación positiva) a diferencia de los cuidadores con nivel de burnout moderado o alto que utilizaron estrategias más disfuncionales (abuso de sustancias). Se encontraron vínculos significativos entre el estrés laboral percibido y el agotamiento emocional, y entre la realización personal, el apoyo social percibido y el agotamiento emocional, y entre el estrés laboral percibido y el apoyo social percibido.

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
White et al. (2019) (64)	Análisis transversal (datos encuesta de enfermeras RN4CA RT-US 2015 y LTC focus)	Examinar la relación entre el agotamiento de la enfermera registrada, la insatisfacción laboral y la falta de atención en hogares de ancianos	N= 687 enfermeras Género: 100% M	Burnout: subescala de agotamiento emocional del MBI Insatisfacción laboral: escala tipo Likert de 4 puntos. Atención perdida: cuestionario con 14 actividades (debían indicar si no las atendían por falta de tiempo o recursos)	El 30% tenían alto nivel de agotamiento; el 31% estaba insatisfecha con su trabajo y el 72% informó haber perdido una o más tareas de cuidado necesarias en su último turno debido a la falta de tiempo o recursos. El 20% informó que frecuentemente no podía completar la atención necesaria del paciente. Las enfermeras con agotamiento fueron 5 veces más propensas a dejar sin atención necesaria a usuarios que las que no lo tenían. Las enfermeras insatisfechas tenían 2.6 veces más probabilidades de dejar sin atención necesaria que las satisfechas. Tareas que con más frecuencia no se hicieron: consolar/hablar con pacientes, proporcionar vigilancia adecuada, enseñanza del paciente/familia y planificar atención.
Wolles en et al. (2019) (65)	Estudio transversal	Identificar los factores personales y relacionados con el trabajo que determinan los niveles de estrés para diseñar intervenciones a medida	N= 195 enfermeras Género: 100% M Edad media: 40.1 años	Estrés crónico: TICS Salud general: SF-12 Carga relacionada con el trabajo: AVEM	El 63,6% tuvieron estrés crónico. Principales cargas: posturas corporales, manejo de cargas pesadas, presión de tiempo, plazos y presión para desempeñarse. Las enfermeras con estrés crónico mostraron patrones de trabajo diferentes en comparación con las enfermeras con niveles de estrés menores. Hubo significancia para los modelos que incluyeron los patrones relacionados con el trabajo y aspectos de resiliencia. El nivel de estrés determina las cargas percibidas.
Mantzou et al. (2020) (66)	Estudio transversal	Investigar relaciones entre estigma y desgaste profesional de enfermeras y cuidadores profesionales no graduados de ancianos	N= 171 cuidadores profesionales	Burnout: MBI Estigma familiar en la Enfermedad de Alzheimer: FS-ADS	Las atribuciones cognitivas, emocionales y conductuales de las tres dimensiones del estigma son factores predictivos independientes de las dimensiones del burnout que indican que el estigma que las enfermeras depositan en los pacientes contribuye a su burnout.

AUTOR (AÑO)	DISEÑO	OBJETIVO	MUESTRA	VARIABLES ANALIZADAS E INSTRUMENTOS	RESULTADOS
Perni et al. (2020) (67)	Estudio transversal	Evaluar la angustia moral en estudiantes de medicina mientras atienden a pacientes mayores y examinar las asociaciones con el agotamiento y el interés en la geriatría	N= 209 estudiantes de 2º, 3º y 4º de medicina	Angustia moral: escala Likert de 10 puntos. Burnout: MBI abreviado. Interés en geriatría: escala Likert de 7 puntos	El 39% tenían burnout. El 90% indicaron angustia moral en 1 ó más de los 12 escenarios “conflictivos” que se les planteó con una puntuación media de 6 (entre 4 y 7). Los estudiantes con puntuaciones generales de angustia moral entre 7 y 10 tuvieron más probabilidad de agotamiento (51%) que los que estaban entre 4 y 6 (34%) o entre 0 y 3 (31%) ( $p=0.02$ ). Hubo tendencia hacia mayor interés en la geriatría en estudiantes aquellos en los terciles más altos de puntajes generales de sufrimiento moral (16% tercil más bajo, 20% tercil medio, 25% tercil más alto; $p= 0.21$ ). Los estudiantes indicaron que la angustia moral disminuiría con sesiones didácticas en atención geriátrica.

AVEM= cuestionario nórdico para identificar la carga relacionada con el trabajo; DM= distrés moral; EDM= escala de distrés moral; EE.UU.= Estados Unidos; FS-ADS= escala de estigma familiar en la Enfermedad de Alzheimer; GC= grupo control; GHQ-12= cuestionario de Salud General (12 ítems); GI= grupo de intervención; H= Hombres; IC= intervalo de confianza; JSS= cuestionario de estrés laboral; M= mujeres; MBI= Malasch Burnout Inventory; N= número de muestra; OR= odds ratio; PANAS= escala de afecto positivo y negativo; ProQOL= escala de calidad de vida profesional; SCQ= cuestionario de la conciencia del estrés SEQ= cuestionario de eventos estresantes; SF-8= escala de salud en su forma corta (8 ítems); SF-12= escala de salud en su forma corta (12 ítems); SSCS= subescala de screening para estrés crónico de la TICS; SSQ-6= cuestionario de soporte social (6 ítems); TICS= inventario de Trier para el estrés crónico; WDQ= cuestionario de diseño de trabajo

## 6. DISCUSIÓN

El desarrollo del presente trabajo de diseño revisión bibliográfica ha permitido alcanzar los objetivos propuestos, esto es, conocer que las tasas de incidencia del síndrome de burnout en cuidadores profesionales sanitarios en centros geriátricos alcanzan cifras entre medias y altas en la totalidad de los estudios revisados donde se ha publicado la tasa, alrededor de 40-50% tanto en burnout como en cada una de las tres dimensiones analizadas en el MBI. Además, se ha observado que los factores implicados en el desarrollo de la enfermedad son numerosos y de diversa naturaleza: características personales/individuales y factores relacionados con el entorno laboral (tanto estructurales como organizacionales y sociales). Asimismo, el burnout conlleva que los profesionales que lo padecen no realicen sus labores de cuidado ni al nivel demandado ni con la calidad idónea, hecho que repercute de manera directa en los usuarios, ya que no reciben la atención que necesitan y, en última instancia, su bienestar disminuye.

Cabe comenzar indicando que en el trabajo de Rouxel et al. (54) se observaron dos procesos paralelos involucrados en el bienestar laboral entre los trabajadores de atención geriátrica, por un lado, uno salutogénico relacionado con la afectividad positiva percibida, las reglas de visualización positivas y el control del trabajo; por otro lado, uno patogénico relacionado con la afectividad percibida negativa, bajo estado de trabajo, visualización negativa percibida de las reglas y las demandas laborales. Estos resultados son bastante similares a los encontrados en el modelo estructural meta-analítico de Kammeyer-Mueller et al. (68) y en estudios basados en el modelo de demanda de trabajo-recursos, que han diferenciado un proceso motivacional y un proceso de deterioro de la salud (69).

La revisión ha permitido dilucidar que los niveles de burnout en los cuidadores profesionales en ámbito geriátrico son medios-altos, alrededor de un 40-50% (44-46,49,52-56,59-61,63-65,67), tal y como descrito previamente en otros estudios (23,26-28) y en revisiones actuales sobre la temática (70-72). Además, el estrés crónico parece alcanzar inclusive tasas más altas de hasta un 63% (65) el cual, si se mantiene en el tiempo dará lugar a la aparición de burnout, así como en un estudio integrado en la revisión se analiza la variable

de distrés mental en enfermeras de geriatría y las puntuaciones obtenidas también son medias (45).

Son numerosos los factores de diversa tipología que parecen contribuir al desarrollo del mismo. Comenzando por los factores individuales, en los trabajos revisados se ha observado la existencia de numerosos de ellos que tienen influencia en el desarrollo del síndrome de burnout en cuidadores profesionales en el ámbito de la geriatría y, además, cabe enfatizar que algunas características individuales afectan de manera diversa y / o con diferente intensidad en las diferentes dimensiones de la enfermedad que recoge el cuestionario MBI (utilizado de manera generalizada como herramienta en los estudios para evaluar burnout). Así, los cuidadores profesionales de personas ancianas muestran puntuaciones altas en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, así como una reducción en realización personal, es decir, las tres dimensiones del síndrome están afectadas (46,49,52,55,59).

La afectividad negativa es un predictor fuerte de agotamiento (54), en consonancia con otros estudios previos (68,74), tanto directa como indirectamente a través de su impacto en la percepción de las reglas negativas de visualización y demandas laborales. Además, la afectividad negativa también se relaciona negativamente con la satisfacción laboral en el trabajo de Rouxel et al. (54), de acuerdo a estudios previos (75,76); simultáneamente, la afectividad positiva puede predecir la satisfacción laboral (54), tal y como afirmado previamente (68), tanto directa como indirectamente a través de su impacto en las reglas de visualización positiva percibidas y el control del trabajo; además, la afectividad positiva también es un predictor negativo de burnout (54), sugerido previamente por otros autores (77-78).

La satisfacción es la variable que parece estar más relacionada con el burnout, habiéndose demostrado que se relaciona inversamente y de manera estadísticamente significativa con las tres subescalas de la enfermedad (agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal) (52,54,55), tal y como propuesto previamente por otros autores (70,71,79,80). En este contexto, cabe indicar que, en el trabajo de Chamberlain et al. (55) revisado, la mayor parte de cuidadores indicaron estar satisfechos con su

trabajo y, además, en dicho estudio se observó una alta eficacia profesional, hecho que podría deberse a que existe una relación directa entre ambas variables (satisfacción y eficacia laboral). Así, en dicho estudio, aunque el agotamiento emocional y el cinismo dan como resultado agotamiento físico y emocional, y sentir que su trabajo no tiene una contribución positiva, sienten que su trabajo es significativo (eficacia profesional). Este nivel inusualmente alto de eficacia profesional observado en Chamberlain et al. (55) en comparación con el registrado en otros estudios similares como el de White et al. (64) también revisado (donde el 31% de cuidadores se muestran insatisfechos con su trabajo) y otros previos como el de Epp (81), podría deberse a que en el trabajo revisado los cuidadores tienen el papel de asistentes, estableciendo vínculos estrechos con los residentes y la familia, brindando apoyo emocional y comodidad (82), hecho que podría contribuir a los niveles observados (55).

Otra de las variables que parece jugar un papel fundamental en el desarrollo de burnout en el colectivo profesional objeto de estudio es la autoestima, siendo expuesta en el trabajo de Yeatts et al. (61) como la fundamental, estando relacionada con las tres dimensiones de la enfermedad; así, observaron que a medida que aumenta la autoestima, el agotamiento emocional y la despersonalización son menores y el logro personal es mayor, en consonancia con estudios previos (83).

Otro factor que parece tener una fuerte influencia en la aparición de burnout es la experiencia que tengan los cuidadores profesionales en su labor asistencial con personas mayores; así, se ha observado más patología de este tipo en cuidadores que llevan trabajando menos de un año en el ámbito en comparación con los que llevan más de un año (56), en consonancia con estudios previos, donde se expone que los cuidadores profesionales con inexperiencia tienen más riesgo de burnout, ya que suelen ser más propensos a trabajar turnos adicionales y no establecer límites realistas ni plazos para completar las tareas necesarias, así como también tienen menos apoyo de pares (84).

Aunque con posible menor repercusión en el desarrollo de burnout, otros de los factores que han demostrado estar relacionados con la enfermedad en

cuidadores profesionales en ambientes geriátricos son variables como la salud (mental y física), la capacidad de respuesta a los comportamientos de usuarios con demencia, la edad, la cultura, antecedentes de acoso por parte de uno de los usuarios de los centros geriátricos y el tener pasatiempos (50,55,59). Por otra parte, es importante señalar que entre un 60 y un 80% aproximadamente de personal sanitario que cuida a personas mayores sufre abuso verbal por parte de los residentes, y entre un 40 y un 60% sufre ataques físicos, contribuyendo todo ello a la aparición de estrés psicosocial (50) y, finalmente, a burnout, considerándose necesario en la actualidad preparar a este colectivo de sanitarios ante tales situaciones, por ejemplo, asistiendo a cursos de capacitación laboral en los que se alcance el conocimiento de las necesidades específicas de atención de los pacientes ancianos y de la autoridad / responsabilidad requerida para realizar su trabajo y, con ello, capacitar de forma idónea a los sanitarios para un correcto desempeño de su trabajo.

En este contexto, son numerosos los estudios que actualmente demuestran que una mejor adecuación de la oferta formativa a las necesidades expresadas por los cuidadores profesionales de personas mayores, tales como mayor formación en cuidados paliativos y enfoques psicológicos para usuarios) repercutiría en una mejora sustancial de la situación y, por ende, una disminución del estrés y burnout (51,70). Asimismo, debido a que las estrategias de afrontamiento que poseen los sanitarios que desarrollan su labor en entornos geriátricos parecen relacionarse de forma directa con burnout (63), una formación al respecto se considera fundamental en la actualidad. De igual forma, al haberse demostrado que el estigma que las enfermeras depositan en los pacientes geriátricos contribuyen a la aparición de burnout (66), la preparación educativa con objeto de brindarles la opción de percibir la demencia que generalmente presentan los usuarios como una etapa vital normal, podría disminuir la visión negativa que el equipo de enfermería tiene de pacientes geriátricos (estigmatización) y, por ende, el estrés y el burnout que ocasiona el trabajar con ellos también.

Por otro lado, cabe indicar que los resultados de la evaluación de la conciencia del estrés en personal sanitario que cuida a pacientes geriátricos indican que la mayor parte del colectivo percibe que no tiene tiempo suficiente



para atender de forma idónea a los pacientes, así como tampoco a su propia familia, contribuyendo todo ello, más probablemente, a la aparición de burnout (46,49). Esta falta de tiempo podría deberse a que las nuevas demandas laborales (tanto cuantitativas como cualitativas) resultantes de la aceleración social generan desafíos potenciales para el aprendizaje en el trabajo y el exceso de trabajo que repercuten en riesgos potenciales para la salud y el bienestar de los cuidadores profesionales de personas ancianas (47,48). Por ello, y en consonancia con numerosos autores, tanto la investigación como la práctica debería centrarse actualmente en una correspondencia más estrecha entre los recursos personales y las demandas laborales para evitar que las enfermeras se sientan presionadas (48,71,72).

La revisión llevada a cabo también ha permitido dilucidar la existencia de numerosos factores relacionados con el ambiente laboral y organización que contribuyen a la aparición de burnout en cuidadores profesionales de personas ancianas. Entre los factores que tiene más importancia en este contexto, se encuentra la demanda en el trabajo, lo que contribuye enormemente en el estado de bienestar de los cuidadores (44,47,48,54), en consonancia con estudios previo donde se ha demostrado que las excesivas demandas laborales aumentan el agotamiento emocional y la despersonalización de los trabajadores y, a su vez, disminuyen su satisfacción en el trabajo (70,71,85,86). Otros factores laborales que influyen en la aparición de burnout son el escaso tamaño de las instalaciones, el que los compañeros de trabajo sean negligentes, el que la capacidad de respuestas organizacionales no sea idónea, las malas interacciones formales, la inexistencia de protocolos institucionales adecuados, el trabajar en enclaves privados, la escasa disponibilidad de recursos (estructurales, personales), la capacitación disponible escasa, el pago injusto y el personal inadecuado (43-45,47,50,54,56,63). Así, son numerosos los factores del entorno y la organización laboral los que juegan un papel importante en el desarrollo del síndrome de burnout, tal y como previamente expuesto por numerosos autores (26-28,69,79,81,85).

Por otro lado, cabe enfatizar que atendiendo a la categoría profesional de cuidadores en geriatría se observan algunas diferencias. Así, los cuidadores

con menor estatus laboral tienen mayor riesgo de sufrir burnout en comparación con aquellos de un estatus superior, estando relacionado el bajo nivel de forma positiva y directa con las subescalas de despersonalización y el agotamiento emocional de la enfermedad (54). Asimismo, se ha observado que los cuidadores que están más preparados en cuanto a conocimientos se refiere, con credenciales que avalen su formación en geriatría, poseen menos riesgo de desarrollar burnout (51,60), siendo la dimensión más relacionada con ello la de desgaste emocional del MBI (60). Estos resultados están en consonancia con estudios previos (74,77), tales como diversidad en la percepción y estrés de conciencia entre enfermeras tituladas y auxiliares de enfermería; enfermeras tituladas muestran más sensibilidad a las expectativas y demandas, mientras que el personal auxiliar de enfermería utiliza más su conciencia como fuente de orientación en su trabajo, tratándose de dos patrones predictivos de burnout diferentes (44), tal y como ha sido sugerido previamente (73). Asimismo, los factores contribuyentes a burnout también parecen variar según la categoría de los cuidadores profesionales, siendo para los enfermeros titulados los factores relacionados con el paciente los más estresantes, mientras que para asistentes de enfermería y psicólogos lo son los relacionados con las instalaciones (43).

Por otro lado, la presente revisión ha permitido identificar que casi tres cuartos de enfermeras que cuidan a personas mayores en geriátricos afirman no poder realizar de manera frecuente la totalidad de tareas de cuidado necesarias por falta de tiempo y / o recursos (46,64); además, aquellas que sufren burnout tienen cinco veces más riesgo de que así sea, repercutiendo en que los usuarios no reciban los cuidados que necesitan (64), en consonancia con estudios previos (39-41).

En la actualidad, son numerosos los autores que abogan por la necesidad de diseñar intervenciones que permitan contribuir a una mejora de la situación laboral de los cuidadores en geriátricos y, en este contexto, disminuir los casos de burnout se insta crucial (57,87). Tal es el caso del trabajo de Fukuda et al. (57) donde se propone una intervención educativa para disminuir el índice de burnout y la angustia y, aunque los resultados indicaron que el burnout no disminuyó, sí se redujo de manera significativa la angustia.

Asimismo, se están llevando a cabo investigaciones enfocadas en estudiantes de medicina con objeto de conocer cuál son sus necesidades en el ámbito de la geriatría, sus temores y, tras ello, buscar formación específica que les permita poder enfrentarse a situaciones geriátricas con las herramientas necesarias (58,67).

Finalmente, indicar que la presente revisión cuenta con una serie de limitaciones, entre las que destacan el bajo número de estudios que la integran debido a la escasa literatura científica focalizada en el colectivo y contexto geriátrico abordado en el presente trabajo. Otra limitación es la heterogeneidad de la muestra analizada en cada trabajo (profesionales de diversas categorías, experiencia, formación, etc.) que, si bien ello ha permitido poder alcanzar algunos resultados interesantes, podría estar desvirtuando las cifras de burnout y, sobre todo, imposibilitando el consenso acerca de cuál es la verdadera tasa actual de esta enfermedad. Finalmente, otra limitación es la definición del ámbito geográfico del estudio, habiendo sido inclusive observado en uno de los trabajos incluidos en la revisión la diversidad entre los profesionales de diferentes países (debido a factores formativos y experienciales, entre otros, propios de cada enclave geográfico y sanitario).

## 7. CONCLUSIONES

Las principales conclusiones del presente trabajo son:

- (1) Según los artículos revisados entre 2010 y 2020 se constata que la frecuencia de síndrome de burnout en cuidadores profesionales de personas ancianas se encuentra en niveles medios-altos (alcanzando cifras de entre 40 y 50%), constituyéndose una problemática importante en el sector sanitario y en la geriatría social.
- (2) Las características personales contribuyen de manera determinante al desarrollo de burnout en cuidadores profesionales que desempeñan su labor profesional en geriátricos, siendo numerosas las que se citan en los trabajos. Si bien, la satisfacción y la autoestima parecen ser las variables que más se relacionan con burnout y, además, lo hacen de manera significativa con las tres dimensiones de la enfermedad: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.
- (3) Se observa que son numerosos los factores y / o características del entorno laboral de los cuidadores profesionales de personas ancianas los que contribuyen en la aparición de burnout, siendo la demanda laboral el que parece hacerlo en mayor medida. Si bien, otros factores que contribuyen son el escaso tamaño de las instalaciones, que los compañeros de trabajo sean negligentes, que la capacidad de respuestas organizacionales no sea idónea, las malas interacciones formales, la inexistencia de protocolos institucionales adecuados, el trabajar en enclaves privados, la escasa disponibilidad de recursos (estructurales, personales), la capacitación disponible escasa, el pago injusto y el personal inadecuado.
- (4) Se concluye que un estatus laboral menor de los profesionales sanitarios que trabajan en cuidados geriátricos parece relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar burnout, así como una menor formación académica relacionada con los cuidados geriátricos y también una menor experiencia en el ámbito parecen ser factores de riesgo para desarrollar la enfermedad.
- (5) Los usuarios de centros geriátricos cuyos cuidadores profesionales sufren burnout no tienen satisfechas sus necesidades de cuidados al mismo

nivel que sucede cuando sus cuidadores no tienen burnout, observándose un menor bienestar general. En cuidadores con burnout, la atención que brindan a los usuarios es deficiente, sobre todo, debido a que no consuelan ni hablan con los pacientes, no proporcionan vigilancia adecuada al paciente, no enseñan al paciente y a su familia prácticas que puedan mejorar la calidad de vida del paciente y no planifican la atención que se realiza, al menos, el nivel que se debiera todo ello.

A modo de conclusión final, indicar que la presente revisión ha permitido conocer la existencia de una grave problemática actual que afecta a los profesionales sanitarios que trabajan en centros geriátricos: el burnout. Asimismo, se ha comprobado la existencia de numerosos y diversos factores que contribuyen en la aparición de esta enfermedad, tanto personales como formativos y experienciales de los propios individuos, así como relacionados con el ambiente y organización en el trabajo. Si bien, son necesarios más estudios con objeto de continuar avanzando en la misma línea de investigación, lo que podría permitir conocer los factores más influyentes de manera consensuada y, posteriormente, buscar soluciones que permitan disminuir el estrés al que están sometidos los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes geriátricos.

Como aportación final, se considera indicar que para que la situación se encauce hacia una mejora real, es fundamental la implicación tanto de la institución sanitaria, como de los directivos de los centros (tanto públicos como privados) y de los propios cuidadores profesionales. El sistema sanitario español debería, tal y como se percibe la realidad, ampliar la plantilla de personal sanitario que trabaje en entornos geriátricos, repercutiendo este hecho en que las jornadas laborales podrían ser menos extensas y, sobre todo, la carga de trabajo menor, ya que es precisamente el excesivo trabajo y demandas laborales uno de los factores contribuyentes al burnout; asimismo, las instalaciones deberían ser objeto de mejoras, puesto que también se configuran un factor fundamental. Por otro lado, se insta crucial que los cuidadores profesionales en cuestión sean formados desde sus estudios académicos de medicina para desempeñar labores en entornos geriátricos, con énfasis en la formación emocional y de cuidados paliativos; si bien, la

formación continua durante su carrera profesional en el sector también es necesaria. Finalmente, indicar que las relaciones personales laborales sanas (tanto piramidales como lineales) son cruciales en el trabajo, y especialmente cuando se trata de entornos laborales que somete a los trabajadores a altos niveles de estrés como es el contexto geriátrico y las particularidades de los pacientes (alta demanda de cuidados tanto físicos como emocionales y sociales). Por todo ello, los esfuerzos para que la realidad de los cuidadores profesionales de pacientes geriátricos mejore en términos de disminución del estrés y burnout, deben ser grandes y, además, multidisciplinarios. Si bien, cabe finalizar indicando que esta mejora no sólo beneficiaría a los profesionales, sino también al bienestar general y a la calidad de vida de usuarios de cuidados, contribuyendo a que su última etapa vital sea lo más tranquila y placentera posible.

## **8. BIBLIOGRAFÍA**

1. Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de Burnout. Med Leg Costa Rica 2015;32(1). Recuperado de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
2. Real Academia Española (RAE). Definición de “estrés”. 2014. Recuperado de <https://dle.rae.es/estr%C3%A9s>.
3. Torrades S. Estrés y burn out. Definición y prevención. Divulgación Sanitaria. Ámbito farmacéutico. 2007;26(10):104-107.
4. Yaribeygi H, Panahi Y, Sahraei H, Johnston TP, Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review. EXCLI J. 2017;16:1057-1072.
5. Organización Mundial de la Salud. La Organización del Trabajo y el estrés. 2004. Recuperado de [https://www.who.int/occupational\\_health/publications/pwh3sp.pdf](https://www.who.int/occupational_health/publications/pwh3sp.pdf)
6. Halpin G, Harris KR, Halpin G. Teacher stress as related to locus of control, sex, and age. J Exp Educ. 2014;53(3):136-140.
7. Sauter SL, Hurrell Jr JJ, Murphy LR, Leví L. Factores Psicosociales y de Organización. Enciclopedia de la O.I.T. 2007.
8. Comín E, De la Fuente I, Gracia A. El estrés y riesgo para la salud. Madrid, Maz. 2013.

9. Aparisi D, Torregrosa MS, Ingles CJ, García-Fernández JJ. Stress, burnout and health in a sample of Spanish teachers. *Adv High Educ.* 2019;3(1):1-11.
10. Hallowell D. Manejar el estrés. Nueva York, Ballantine Books, 2010.
11. Bryant RA. The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Current Psychiatry Reports.* 2018;20:111.
12. Párraga I, González E, Méndez T, Villarín A, León AA. Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Rev Clín Med Fam.* 2018;11(2):51-60.
13. Sánchez-Álvarez N, Extremera N, Fernández-Berrocal P. The relation between emotional intelligence and subjective well-being: A meta-analytic investigation. *J Post Psychol.* 2016;11:276–285.
14. Quinceno JM, Alpi VS. Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana Psicología.* 2007;10:117-125.
15. Organización Mundial de la Salud (OMS). Desarrollo en la adolescencia. 2019. Recuperado de [https://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent/topics/adolescence/dev/es/](https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/)
16. Malander N. Síndrome de Burnout y satisfacción Laboral en los Docentes del Nivel Secundario. 2016. Recuperado de [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492016000300177&script=sci\\_arttext&lng=e](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0718-24492016000300177&script=sci_arttext&lng=e).
17. Burisch M. A longitudinal study of burnout: the relative importance of dispositions and experiences. *Work & Stress.* 2002;16:1-17.
18. Gil-Monte P, Peiró SJ. Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología.* 1999;15:261-268.
19. Ortega C, López F. El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y perspectivas: *Int J Clin & Health Psychol.* 2004;1(4):137-160.
20. Mauranges A. Symptoms and characteristics of burnout. *Soins.* 2018;63(830):28-32.

21. Parrello S, Ambrosetti A, Iorio I, Castelli L. School Burnout, Relational, and Organizational Factors. *Frontiers Psychol.* 2019;10:1695.
22. Casa PP, Rincón YZ, Vila R. Síndrome de burnout: enfermedad silenciosa. *Enfermería Integral: Revista científica del Colegio Oficial de A.T.S de Valencia.* 2012;100:19-24.
23. Barragán A, Martos A, Cardila F, Molero MM, Pérez-Fuentes MC, Gázquez JJ. Variables relacionadas y prevalencia del burnout en profesionales sanitarios. *Eur J Health Res.* 2015;1(1):5-14.
24. Albaladejo R, Villanueva R, Ortega P, Astasio P, Calle ME, Domínguez, V. Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Españ Salud Pública.* 2004;78(4):505-516.
25. Irasema V, Armendáriz AM, Molina O. Afrontamiento al Estrés en Enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos. *Desarrollo Científico Enferm.* 2012;20(5):160-163.
26. Ortega C, Salas R, Correa R. Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en el personal sanitario. *Hospital Aquilino Tejeira. Arch Med.* 2011;7(2):1-7.
27. Méndez I, Secanilla E, Martínez JP, Navarro J. Estudio comparativo de burnout en cuidadores profesionales de personas mayores institucionalizadas con demencias y otras enfermedades. *Eur J Inv Health, Psychol & Educ.* 2011;1(2):61-70.
28. Bernaldo de Quirós-Aragón M, Labrador-Encinas FJ. Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *Int J Clin & Health Psychol.* 2007;7(2):323-335.
29. Bujalance J, Villanueva F, Guerrero S, et al. Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2001;36(1):32-40.
30. Amutio A, Ayestaran S, Smith J. Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Rev Psicol org trab.* 2008;24(2):235-252.
31. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Esperanzas de vida en salud en España. 2013. Recuperado de [https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/Vida\\_Salud\\_2007\\_2011.pdf](https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/Vida_Salud_2007_2011.pdf)



32. Instituto Nacional de Estadística (INE). Hipótesis de mortalidad en España. 2018. Recuperado de <https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/p278/p04/2018-2067/I0/&file=05002.px&L=0>
33. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, publicada en el Boletín Oficial de España (BOE), número 299 de 15 de diciembre de 2006.
34. IMSERSO. (2017). Informe 2016. Las Personas Mayores en España. Recuperado de [https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/112017001\\_informe-2016-persona.pdf](https://www.imsero.es/InterPresent1/groups/imsero/documents/binario/112017001_informe-2016-persona.pdf)
35. Zawieja P. L'épuisement professionnel en gériatrie, un complexe d'Écho [Occupational burnout in geriatrics, an Echo complex]. Soins Gerontol. 2018;23(131):19-21
36. Sánchez J, Fontalba M. Consecuencias del Burnout de cuidadores de pacientes con demencia. Eur J Health Res: (EJHR). 2017; 3(2):119-126.
37. Bullich-Marín I, Basseda RM, Egea PT, Planas-Campmany C, Juvé-Udina ME. Evaluación del ambiente de trabajo de las enfermeras en las unidades sociosanitarias de atención intermedia de Cataluña. Rev Esp Ger Gerontol. 2016;51(6):342-348.
38. Muñoz T, Gómez A, Sánchez B. Satisfacción laboral en los docentes de educación infantil, primaria y secundaria. Gestión de la educación. 2017;7(1):161-177.
39. Rodríguez FJ, Rubín A, Bringas C, Álvarez-Fresno E, Herrero J. Efecto del clima emocional en el desarrollo del estrés laboral del funcionario penitenciario: Un estudio predictivo. Ansiedad y Estrés. 2015;21(2-3):195-205.
40. Llor-Esteban B, Sánchez M, Ruiz JA, Jiménez JA. User violence towards nursing professionals in mental health services and emergency units. Eur J psychol App Legal Context. 2017;9:33-40
41. Gil-Monte PR, Carretero N, Roldán MD. Algunos procesos psico-sociales sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Ansiedad y Estrés. 2005;11(2-3):281-291.

42. Gómez-Luna E, Fernando-Navas D, Aponte-Mayor G, Betancourt-Buitrago LA. Metodología para la revisión bibliográfica y la gestión de información de temas científicos, a través de su estructuración y sistematización. DYNA. 2014;81(184):158-163.
43. Cocco E. How Much is Geriatric Caregivers Burnout Caring-Specific? Questions from a Questionnaire Survey. Clin Pract Epidemiol Ment Health. 2010;6:66-71
44. Juthberg C, Eriksson S, Norberg A, Sundin K. Perceptions of conscience, stress of conscience and burnout among nursing staff in residential elder care. J Adv Nurs. 2010;66(8):1708-1718.
45. Piers RD, Van den Eynde M, Steeman E, Vlerick P, Benoit DD, Van Den Noortgate NJ. End-of-life care of the geriatric patient and nurses' moral distress. J Am Med Dir Assoc. 2012;13(1).
46. Saarnio R, Sarvimäki A, Laukkala H, Isola A. Stress of conscience among staff caring for older persons in Finland. *Nurs Ethics*. 2012;19(1):104-115.
47. Kubicek B, Korunka C, Ulferts H. Acceleration in the care of older adults: new demands as predictors of employee burnout and engagement. J Adv Nurs. 2013;69(7):1525-1538.
48. Schmidt KH, Diestel S. Job demands and personal resources in their relations to indicators of job strain among nurses for older people. J Adv Nurs. 2013;69(10):2185-2195.
49. Åhlin J, Ericson-Lidman E, Norberg A, Strandberg G. A comparison of assessments and relationships of stress of conscience, perceptions of conscience, burnout and social support between healthcare personnel working at two different organizations for care of older people. Scand J Caring Sci. 2015;29(2):277-287.
50. Pélissier C, Vohito M, Fort E, et al. Risk factors for work-related stress and subjective hardship in health-care staff in nursing homes for the elderly: A cross-sectional study. J Occup Health. 2015;57(3):285-296
51. Pélissier C, Fontana L, Fort E, Charbotel B. Pénibilité ressentie et accès aux formations chez le personnel féminin travaillant auprès des résidents dans les maisons de retraite médicalisées : une enquête transversale [Subjective hardship and training by female staff working in direct contact

- with the elderly in nursing homes: a cross-sectional study]. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2015;13(4):396-406.
52. Gómez-Cantorna C, Bugallo-Carrera M, Gandoy-Crego, M. Cuidados paliativos gerontológicos: influencia de las condiciones laborales y burnout en el personal de enfermería. *Gerokomos*. 2016;27(3):91-96.
  53. Peters V, Houkes I, de Rijk AE, Bohle PL, Engels JA, Nijhuis FJN. Which resources moderate the effects of demanding work schedules on nurses working in residential elder care? A longitudinal study. *Int J Nurs Stud*. 2016; 58:31-46.
  54. Rouxel G, Michinov E, Dodeler V. The influence of work characteristics, emotional display rules and affectivity on burnout and job satisfaction: A survey among geriatric care workers. *Int J Nurs Stud*. 2016;62:81-89.
  55. Chamberlain SA, Gruneir A, Hoben M, Squires JE, Cummings GG, Estabrooks CA. Influence of organizational context on nursing home staff burnout: A cross-sectional survey of care aides in Western Canada. *Int J Nurs Stud*. 2017;71:60-69.
  56. Kolthoff KL, Hickman SE. Compassion fatigue among nurses working with older adults. *Geriatr Nurs*. 2017;38(2):106-109.
  57. Fukuda K, Terada S, Hashimoto M, et al. Effectiveness of educational program using printed educational material on care burden distress among staff of residential aged care facilities without medical specialists and/or registered nurses: Cluster quasi-randomization study. *Geriatr Gerontol Int*. 2018;18(3):487-494.
  58. Camp ME, Jeon-Slaughter H, Johnson AE, Sadler JZ. Medical student reflections on geriatrics: Moral distress, empathy, ethics and end of life. *Gerontol Geriatr Educ*. 2018;39(2):235-248.
  59. Kandelman N, Mazars T, Levy A. Risk factors for burnout among caregivers working in nursing homes. *J Clin Nurs*. 2018;27(1-2):e147-e153
  60. Nazir A, Smalbrugge M, Moser A, et al. The Prevalence of Burnout Among Nursing Home Physicians: An International Perspective. *J Am Med Dir Assoc*. 2018;19(1):86-88.
  61. Yeatts DE, Seckin G, Shen Y, Thompson M, Auden D, Cready CM. Burnout among direct-care workers in nursing homes: Influences of

- organisational, workplace, interpersonal and personal characteristics. *J Clin Nurs*. 2018;27(19-20):3652-3665.
62. Chao SF. Does geriatric nursing staff burnout predict well-being of LTC residents?. *Geriatr Nurs*. 2019;40(4):360-366.
  63. Tonna S. Professional stress and social support feelings, coping strategies, and burn-out of caregivers in care facilities for dependent elderly people. Stress professionnel et soutien social perçus, stratégies de coping et burn-out des soignants en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil*. 2019;17(3):327-335.
  64. White EM, Aiken LH, McHugh MD. Registered Nurse Burnout, Job Dissatisfaction, and Missed Care in Nursing Homes. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(10):2065-2071.
  65. Wollesen B, Hagemann D, Pabst K, et al. Identifying Individual Stressors in Geriatric Nursing Staff-A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(19):3587.
  66. Mantzorou M, Economou M, Kalokerinou A, et al. Exploration of the relationship between stigma and burnout among Greek nurses in dementia care. *J Nurs Manag*. 2020;28(3):615-624.
  67. Perni S, Pollack LR, Gonzalez WC, Dzeng E, Baldwin MR. Moral distress and burnout in caring for older adults during medical school training. *BMC Med Educ*. 2020;20(1):84.
  68. Kammeyer-Mueller JD, Rubenstein AL, Long DM, Odio MA, Buckman BR, Zhang Y, Halvorsen-Ganepola MD. A meta-analytic structural model of dispositional affectivity and emotional labor. *Pers. Psychol*. 2013;66:47-90.
  69. Bakker AB, Demerouti E. The job demands-resources model: state of the art. *J. Manag. Psychol*. 2007;22(3):309–328.
  70. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: systematic literature review. *Int J Nurs Stud*. 2014;51(1):63-71.
  71. Sánchez S, Mahomoudi R, Moronne I, Camonin D, Novella JL. Burnout in the field of geriatric medicine: review of the literature. *Eur Geriatr Med*. 2015;6(2):175-183.

- 72.Harrad R, Sulla F. Factors associated with and impact of burnout in nursing and residential home care workers for the elderly. *Acta Biomed.* 2018;89(7-S):60-69.
- 73.Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2018;97(26):e11086.
- 74.Alarcon G, Eschleman KJ, Bowling NA. Relationships between personality variables and burnout: a meta-analysis. *Work Stress.* 2009;23:244–263
- 75.Connolly JJ, Viswesvaran C. The role of affectivity Connolly JJ, Viswesvaran C. The role of affectivity in job satisfaction: a meta-analysis. *Personal. Individ. Differ.* 2000;29:265–281,
- 76.in job satisfaction: a meta-analysis. *Personal. Individ. Differ.* 2000;29:265–281.
- 77.Ng TWH, Sorensen KL. Dispositional affectivity and work-related outcomes: a meta-analysis. *J. Appl. Soc. Psychol.* 2009;39:1255–1287.
- 78.Diefendorff JM, Erickson RJ, Grandey AA, Dahling JJ. Emotional display rules as work unit norms: a multilevel analysis of emotional labor among nurses. *J. Occup. Health Psychol.* 2011;16:170–186.
- 79.Gloria CT, Faulk KE, Steinhardt MA. Positive affectivity predicts successful and unsuccessful adaptation to stress. *Motiv. Emot.* 2013;37(1):185–193.
- 80.Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Pub Health.*2013;10(6):2214-2240.
- 81.Vargas C, Cañadas GA, Aguayo R, Fernández R, de la Fuente EI. Which occupational risk factors are associated with burnout in nursing? A meta-analytic study. *Int J Clin Health Psych.*2014;14:28-38.
- 82.Epp K. Burnout in critical care nurses: A literature review. *Dynam.*2012;23(4):25-31.
- 83.Andersen EA, Spiers J. Care Aides' Relational Practices and Caring Contributions. *J Gerontol Nurs.* 2016;42(11):24-30.
- 84.Edwards D, Burnard P, Coyle D, Fothergil, A, Hannigan B. Stress and burnout in community mental health nursing. *J Psych Mental Health Nurs.* 2000;7(1):7-14.

85. Aycock N, Boyle D. Interventions to manage compassion fatigue in oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs*. 2009;13(2):183-191.
86. Häusser JA, Mojzisch A, Niesel M, Schulz-Hardt S. Ten years on: a review of recent research on the Job Demand-Control (Support) model and psychological well-being. *Work Stress*. 2019;24:1–35
87. Akerboom S, Maes S. Beyond demand and control: the contribution of organizational risk factors in assessing the psychological wellbeing of health care employees. *Work Stress*. 2006;20:21–36.
88. Testad I, Mekki TE, Forland O et al. Modeling and evaluating evidence-based continuing education program in nursing home dementia care (MEDCED)—training of care home staff to reduce use of restraint in care home residents with dementia. A cluster randomized controlled trial. *Int J Geriatr Psychiatry* 2016;31:24–32.

## 10. ANEXOS

### ANEXO 1. Relevancia científica de los 25 artículos que integran la revisión

			Trabajos																									
Item			43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	
PRISMA	Sección/Tema	Parte del artículo																										
1	Título	Título	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	Resumen	Resumen	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
3	Justificación	Introducción	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4	Objetivos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
5	Protocolo y registro	Método	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
6	Criterios de elegibilidad		0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
7	Fuentes de información		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
8	Búsqueda		0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	
9	Selección de estudios		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
10	Proceso de extracción de datos		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
11	Lista de datos		1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	
12	Riesgo de sesgo individuales		0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
13	Medidas de resumen		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	
14	Síntesis de resultados		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
15	Riesgo de sesgo entre estudios		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	
16	Análisis adicionales		1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	
17	Selección de resultados	Resultados	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1		
18	Características de los estudios		1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	

19	Riesgo de sesgo en los estudios		1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0
20	Resultados de los estudios individuales		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
21	Síntesis de los resultados		1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
22	Riesgo de sesgo entre los estudios		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
23	Análisis adicionales		0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0
24	Resumen de la evidencia	Discusión	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
25	Limitaciones	Limitaciones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
26	Conclusiones	Conclusiones	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
27	Financiación	Financiación	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Puntuación final			18	18	18	17	20	18	18	17	19	19	18	18	18	17	18	25	16	16	17	18	17	20	18	16	16